

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

389

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Juin 1904, à 1 heure

Par M. FONTEILLES

Né à Riom-ès-Montagnes (Cantal), le 18 juillet 1875.

DU DRAINAGE DE L'UTÉRUS

DANS LES

MÉTRITES AIGUES PUERPÉRALES

« Post abortum et post partum »

Président : M. TERRIER, Professeur.

Juges : MM. TUFFIER, Professeur.

RETTERER, { Agrégés.
WALTHER, {

PARIS

G STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE. 2

1904

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	DEBOVE.
Professeurs.....	MM.	
Anatomie.....		POIRIER.
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....		RECLUS.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....		DEJERINE.
		X...
Clinique médicale.....		LANDOUZY.
		HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....		DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....		DEBOVE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..		GRANCHER
Clinique des maladies nerveuses.....		GAUCHER.
		JOFFROY.
		RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU
		TILLAX.
		TERRIER.
Clinique ophtalmologique.....		BERGER.
Clinique des voies urinaires.....		DE LAPERSONNE
Clinique d'accouchements.....		GUYON.
		PINARD.
Clinique gynécologique.....		BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	LEPAGE.	THIERY.
AUVRAY.	GILLES DE LA TOURETTE.	MARION.	THIROLOIX.
BEZANÇON.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BONNAIRE.	GOUGET.	MERY.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	GUIART.	POTOCKI.	WALLICH.
BROCA (André).	HARTMANN.	REMY.	WALTHER.
CHASSEVANT.	JEANSELME.	RENON.	WIDAL.
CUNEO.	LANGLOIS.	RICHAUD.	WURTZ.
DEMELIN.	LAUNOIS.	RIEFEL, <i>Chef des</i>	
DESGREZ.	LEGRY.	<i>travaux anatomiques.</i>	
DUPRE.	LEGUEU.	TEISSIER.	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA SOEUR

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR TERRIER

Qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Nous ne voulons pas terminer nos études sans remercier ici les maîtres qui, soit en province, soit à Paris, ont été pendant ces quelques années des guides sûrs et bienveillants.

A Clermont-Ferrand les docteurs Gagnon, Bousquet, Planchard, Dourif, Morin, Lepetit, Fouriaux furent toujours pour nous particulièrement bons. Ils n'ont cessé de nous aider de leurs conseils, et méritent une large part dans nos souvenirs.

En arrivant à Paris, nous avons eu l'honneur et l'avantage de suivre les leçons de notre regretté maître, le D^r Ferrand. Sa mort est venue malheureusement trop tôt l'enlever à notre affection et nous priver de son enseignement, au moment où nous finissions notre stage.

Le Prof^r Lannelongue, les docteurs Bar, Monod, Villemin, ne nous ménagèrent pas non plus leurs conseils pendant la durée de notre stage dans leurs services.

Nous n'oublierons pas les nombreux maîtres qui nous ont permis de publier dans notre thèse des observations recueillies dans leurs services, et leurs internes qui ont bien voulu nous les communiquer.

Que M. le Prof^r Terrier daigne accepter tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Le D^r Mouchotte, qui fut si bienveillant à notre égard, pendant son année d'internat chez le D^r Monod, a bien voulu ensuite nous inspirer le sujet de notre thèse, et, en nous confiant ses observations, nous guider de ses conseils. Nous ne saurions trop le remercier de ces nombreuses marques de sympathies dont nous garderons précieusement le souvenir.

INTRODUCTION

Depuis l'application des méthodes aseptiques et antiseptiques, on a vu diminuer dans de grandes proportions le nombre des infections puerpérales, qui causaient la perte de tant de femmes quelques jours après leurs couches.

Mais c'est surtout dans les Maternités, où toutes les mesures prophylactiques peuvent être rigoureusement prises, que l'on a réalisé à ce sujet les plus grands progrès.

Dans son livre remarquable sur l'asepsie et l'antisepsie en obstétrique, le Prof^r Tarnier nous montre, en effet, pour la période 1858-69, que la mortalité puerpérale évaluée à 9,3 % tombe à 2,32 % de 1870 à 1880 par le seul fait de l'isolement.

En 1881, l'antisepsie détermine un nouveau progrès : la mortalité descend à 1,05 % ; et de 1886 à 1894, à la clinique qui porte aujourd'hui son nom, Tarnier obtient un pourcentage de mortalité maternelle par infection limité à 0,26 %.

Par les statistiques publiées par les chefs des Maternités parisiennes dans ces dernières années, de 1891 à 1901, on arrive aux mortalités générales suivantes : Mortalité maternelle par infection, 0,29 %.

La statistique du Prof^r Pinard publiée dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, février 1904, est encore meilleure. A la clinique Baudelocque, en effet, de 1890 à 1903, sur 31,539 accouchements, la mortalité par septicémie n'est plus que de 0,22 %.

Dans la clientèle pauvre, rurale ou urbaine, il ne peut malheureusement en être ainsi, le médecin ne se trouve plus dans des conditions aussi favorables, il ne peut rester auprès de sa malade et exercer une surveillance aussi sûre. Des fautes ont pu être commises avant son arrivée ou le seront après son départ par un entourage qui ignore ou fait peu de cas de ces précautions indispensables. On comprend alors que l'infection puerpérale soit ici plus fréquemment observée.

C'est surtout après l'avortement qu'il est permis aujourd'hui d'observer encore les nombreux cas d'infection puerpérale : l'avortement est souvent provoqué par des manœuvres criminelles septiques d'abord ; d'autre part, l'avortement se fait souvent en deux temps, et il se complique de rétention placentaire. Alors, si des accidents hémorragiques violents n'amènent pas la femme à réclamer l'assistance médicale, elle continue à vaquer à ses occupations avec son placenta en rétention. Et ce n'est que tardivement, lorsqu'apparaissent les accidents déterminés par l'infection et la putréfaction du placenta, que la femme demande nos soins.

A Paris et dans les grandes villes, ces infections post-abortum, qui constituent aujourd'hui le gros du contingent des infections puerpérales, ne sont que relativement peu soignées dans les maternités et ce pour des raisons diverses. Elles encombrent, au contraire, les services de chirurgie et de gynécologie, où les dirige le service de garde. Et c'est dans ces services qu'on leur applique, d'urgence ordinairement, un traitement qui varie.

Qu'il s'agisse d'infection post-abortum ou d'infection post-partum, c'est en général à la thérapeutique des

injections utérines que l'on recourt tout d'abord. Cependant, si l'infection post-abortum s'accompagne de rétention placentaire, on fait préalablement un curage digital. Les injections intra-utérines bien faites suffisent dans beaucoup de cas et permettent de bien laver l'utérus ; mais elles peuvent être insuffisantes et un curettage devient nécessaire.

Après ce curettage, le plus souvent, quelquefois d'emblée, comme complément des lavages et pour éviter le curettage, il convient d'établir un bon drainage.

Le curettage à la curette mousse débarrasse l'utérus des débris placentaires ou des lambeaux de caduque sphacélée, peu propres à permettre le retour de l'organe à son état normal. Puis, un drainage *bien approprié et maintenant le col largement ouvert* donne libre cours aux liquides utérins septiques dont la rétention détermine les phénomènes toxi-infectieux graves. Ce drain, pour qu'il permette l'écoulement spontané en dehors de liquides purulents, parfois très épais, devra donc être bien choisi et spécialement choisi. Il sera suffisamment large et rigide, il permettra, en outre, de faire par sa lumière, de fréquentes irrigations intra-utérines qui débarrasseront encore la cavité utérine infectée, et assureront, en outre, une action topique.

C'est ce drainage, quelquefois primitif, ordinairement secondaire au curettage, dont nous voulons nous occuper ici.

Milton, du Caire, un des promoteurs de ce traitement, s'exprime ainsi (1) : « Le curettage seul donne de brillants résultats, mais il a l'inconvénient d'exposer les sur-

(1) *The Lancet*, 17 octobre 1891.

faces fraîchement râclées à l'action du liquide septique et permet à l'utérus la grande rétention de ces produits. L'intubation, exempte par elle-même de dangers, fournit le drainage parfait et facilite le nettoyage ».

« Dès qu'on notera une élévation de température avec lochies fétides, ou si le soir on a de la température, mais sans fétidité et qu'aucun autre organe ne semble devoir en être la cause, si ce n'est l'utérus, il faut introduire un tube et faire des injections nombreuses, et bien faites avec une solution antiseptique ».

Nous n'avons pas l'intention, dans notre modeste étude sur cette question, de faire un plaidoyer en faveur du drainage que tout le monde s'accorde à reconnaître comme très utile. Nous tâcherons seulement de faire connaître les principaux modes de drainage employés jusqu'ici, surtout le drainage métallique, qui semble le mieux réaliser le but poursuivi, et affirmer, par des observations sérieuses, tous les avantages qu'on peut en retirer.

Nous croyons indispensable de commencer cette étude par un aperçu historique du drainage de l'utérus en général; puis nous nous occuperons spécialement des travaux qui ont trait à la question qui nous intéresse et fait l'objet de ce travail : « Drainage de l'utérus dans les infections puerpérales.

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE DU DRAINAGE DE L'UTÉRUS

L'idée de drainer l'utérus, c'est-à-dire d'introduire par l'orifice cervical de la gaze, un tube en caoutchouc, en verre ou en métal, pour évacuer au dehors des voies génitales les liquides et exsudats septiques, date d'une époque récente.

Avant le milieu de la seconde moitié du siècle dernier, en effet, cette méthode de traitement des affections utérines était pour ainsi dire inconnue. Car les quelques cas très rares que l'on peut trouver dans la littérature médicale avant cette époque, ne peuvent être considérés que comme des essais de praticiens audacieux ou ingénieux et non comme une méthode prête à entrer dans la pratique.

On ne peut considérer comme un mode de drainage l'application de pessaires intra-utérins connus depuis Hippocrate, et constitués par des tiges rigides en substances diverses, plomb, racines de gentiane, etc... On s'en servait ordinairement comme agents de dilatation du col, le plus souvent dans les cas d'atrésie, pour faciliter l'écoulement des règles ou combattre la stérilité. Peut-être certains praticiens obtenaient-ils ainsi un drainage très imparfait et en usaient-ils dans ce but, mais aucun

n'en fait mention. Cependant Polk, chirurgien de New-York, dans une séance de la Société médicale de New-York, ne voulant pas laisser à son collègue Willie l'honneur d'avoir eu le premier l'idée du drainage utérin, rappelle que Pallen avait lu devant la Société obstétricale de New-York, un travail où il était dit que la première femme qui fut dilatée et drainée était M^{me} John Hall, sœur de William Shakespeare, en 1621 (1).

On trouve encore, dans Marion Sims (2), la description d'une tige métallique creuse qu'avait imaginée Greenlach pour combattre la stérilité.

Coghlan (3) adopte un tube de feuilles de plomb et Wright une tige à deux branches élastiques, divergentes, maintenues accolées au moment de leur introduction par un porte-pessaire spécial. Dès que l'instrument est en place, on retire le porte-pessaire, les branches divergent alors, et le drain, ou plutôt l'écarteur, reste ainsi fixé.

Mais ce n'est vraiment que vers 1880, aussi bien en Amérique qu'en Allemagne, que le drainage entre dans la pratique.

Aux Américains, toutefois, revient l'honneur d'avoir, les premiers, employé le drainage dans le traitement des métrites. En effet, dans un article paru dans *American j. of obstetrics*, janvier 1890 et cité dans la thèse de Vitrac (4), Wylie, gynécologue américain,

(1) *American journal of obstetrics*, 1892.

(2) *Notes sur la chirurgie chimique dans ses rapports avec la stérilité*, Paris, 1866.

(3) On dysmenorrhea and sterility. *Time and gazet*, 1861.

(4) Bordeaux, 1895.

relate que son maître Balls, dès 1876, avait proposé de drainer l'utérus à la gaze iodoformée après l'avoir curetté.

Sims, raconte le même auteur, aurait aussi usé de cette méthode. Mais leurs essais furent peu fructueux et le but qu'ils se proposaient ne fut guère atteint. Devant des résultats si peu encourageants, Sims abandonne alors le drainage à la gaze pour se servir d'un tube de verre avec lequel il eut encore de nombreux ennuis. Wilie, cependant, commença par employer un tube de verre, mais il l'abandonna bientôt pour son modèle en caoutchouc durci, dont il nous donne la description à la Société obstétricale de New-York, 1885..

C'est un tube en caoutchouc, renflé en boule en son extrémité utérine, et porteur d'une gouttière latérale. Dans le traitement des métrites chroniques, il le laissait en place une dizaine de jours, maintenu par un tampon vaginal. Il s'aperçut bien vite des inconvénients, ce drain se bouchait trop facilement, et finalement déterminait la rétention au lieu du drainage.

Il revint alors à la gaze avec un procédé nouveau, qu'il nous indique aussi (1). « Toute tige ou tout tampon, dit-il, laissé au-delà de quelques heures dans l'utérus peut, loin de favoriser, nuire au drainage. Il faut enlever le tamponnement aussitôt qu'il est imbibé de liquides sécrétés, car alors il va à l'encontre du but recherché et fait office de bouchon. »

Nous voyons déjà les inconvénients et les dangers de ce drainage à la gaze. « Le pus, dit encore Wylie, ne

(1) *American J. of obst.*, 1892. Thèse de VITRAC. Bordeaux, 1895.

trouvant pas de sortie, refluerait jusque dans les trompes, et pourrait ainsi déterminer une péritonite. » Ne se trouvant pas satisfait, il parle en 1892, toujours dans le même journal, d'un nouveau procédé, qui ne semble pas meilleur.

Devant tant d'échecs on comprend pourquoi le drainage était peu entré dans la pratique, même en Amérique, lorsque Polk modifia avantageusement le procédé de Wylie, et dans de nombreuses discussions sur ce sujet, se fit un ardent défenseur de ce mode de traitement.

Dans un article publié dans le même journal (1), Polk parle du « the treatment of acute endometritis by drain » et applique le drainage à la gaze iodoformée après discision du col non seulement aux métrites chroniques et salpingites, *mais encore aux métrites aiguës blennorrhagiques et postpuerpérales*. Il lut un compte-rendu à ce sujet à la Société obstétricale de New-York et souleva de nombreuses discussions dont nous parlerons dans la partie de l'histoire consacrée à l'infection puerpérale.

Il avait du reste modifié la manière de faire de ses prédécesseurs. « Il faut, dit-il, introduire la gaze avec précaution, couper des lanières dont on aura soin de ne pas bourrer l'utérus, et faire en sorte que la mèche vienne à peine dépasser le col, ce qui évite les douleurs survenues en bourrant par trop l'utérus et diminue les chances d'infection, car on rend l'écoulement plus facile et on ne draine pas à la fois l'utérus et le vagin. »

(1) *American J. of obst.*, 1890.

Obtenant ainsi de meilleurs résultats et peu d'accidents, Polk s'attache beaucoup de partisans, et dans une nouvelle séance à la Société obstétricale de New-York 1892 (1), presque toutes les communications sont en faveur du drainage.

Munde vante les bienfaits de la méthode. Garrigues, pour introduire la gaze, se sert d'une pince spéciale incurvée comme un cathéter d'urèthre de l'homme. Murray introduit la mèche jusqu'à l'orifice interne du col, et limite d'abord son emploi aux métrites sans annexites, ayant eu de bons résultats, il l'étend aux métrites blennorragiques et puerpérales avec lésions des annexes. Il rapporte trois observations de chaque toutes favorables.

Sprigg s'en sert aussi dans les métrites d'origine puerpérale, et son drainage consiste en une simple lanière de gaze maintenue par un tampon vaginal.

Waldo, Claveland s'en servent avec succès dans les métrites chroniques avec ou sans annexites, ainsi que Rutherford.

Riddle Goffe, le premier, établit la double action modificatrice et mécanique de la gaze et l'utilise dans un grand nombre d'affections utérines.

Strong revient à la méthode de Wylie et espace les séances de drainage. Il traite ainsi surtout les salpingites aiguës, où on a encore de la mobilité des trompes.

Cette même année, Montgomery (2) emploie le tube en caoutchouc de Wylie et s'en déclare très satisfait dans le traitement des métrites chroniques.

(1) *American J. of obst.*, 1892.

(2) *Medical News*. Philadelphia, 1892.

Nous voyons, par le compte-rendu de cette séance à la Société d'obstétrique de New-York, combien le drainage est rentré dans la pratique gynécologique en Amérique. De nos jours, il est encore très en honneur. Newton, dans un article récent (2) sur « gonorrhea of the uterus, » prétend que si l'infection a franchi l'orifice interne du col, la malade doit rester au lit, et comme traitement utérin on irriguera la cavité avec une solution de protargol à 2 %, puis on drainera légèrement à la gaze. Celle-ci sera changée chaque 24 heures et l'utérus lavé avec la solution, cela au moins pendant une dizaine de jours.

Nous verrons, en parlant de l'infection puerpérale, que la même année ont été encore publiés d'autres travaux de praticiens américains.

Pendant ce temps les Allemands avaient aussi fait de nombreuses études sur le drainage, et dès 1883, Schwarz, de Halle, l'applique au traitement des métrites. L'on peut même dire qu'il fut un novateur, car même avant Wylie il s'était servi des tubes en caoutchouc. Peu satisfait de cet essai, il les remplaça bientôt par des faisceaux de fil de verre soyeux, dont il tira de sérieux avantages. Nous verrons plus tard comment Chéron sut en France améliorer ce procédé.

Le gynécologue allemand avait bien compris l'importance de faciliter l'écoulement des liquides sécrétés par l'utérus, et combien il était utile d'appliquer aux métrites le drainage imaginé par Chassaignac en 1844 pour évacuer toute collection purulente. « Les plaies, dit-il, anfractueuses et purulentes, se ferment, règle générale,

(1) *American J. of obst.*, 1903.

d'autant plus rapidement que la sortie des produits est plus facilement assurée, soit par de larges incisions, soit par des drains. Il convient bien de placer sur la même ligne les organes, comme l'utérus, dont le revêtement épithélial est atteint de catarrhe. »

Ahlfeld (1) emploie lui aussi des bougies creuses en caoutchouc et prétend obtenir un écoulement parfait des sécrétions utérines. Par ce traitement il n'aurait eu pendant l'espace de trois ans jamais aucun accident.

Felhing imagine un tube de verre percé de trous.

Nous dirons quelques mots en passant du tamponnement préconisé par Fritsch (2) vers 1885 dans le traitement de la métrite blennorrhagique, et que l'on trouve décrit dans le traité de gynécologie de Pozzi (3). Il tasse la gaze dans la cavité utérine « comme si on plombait une dent. » Comme il le dit lui-même, c'est une bonne méthode pour bien appliquer l'iodoforme sur toute la cavité utérine, mais non un véritable drainage. Aussi dès 1886 il conseille de faire l'irrigation continue intra-utérine au moyen d'une sonde ou mieux d'un tube en croix laissé à demeure, surtout dans l'infection puerpérale.

Gottschalk (4) draine et dilate dans les salpingites.

En 1893 Kerher nous parle de nouveau de cette méthode de drainage à la gaze, mais trouvant difficile de bien introduire la gaze, il fait construire un tube de verre spécial. Son procédé nous semble assez compliqué.

(1) *Centralblatt für Gynäk.*, 1883.

(2) *Deutsche Chirurgie*, 1885.

(3) Pozzi. *Traité de gynécologie*, 2^e édition, 1892.

(4) *Deutsche medical Zeit.*, 1889.

Nous trouvons encore dans un journal américain (1) la traduction d'un article paru en Allemagne à la fin de 1900 sur le traitement de l'infection puerpérale par Abel, de Berlin. L'auteur se sert ordinairement avec succès de cette méthode dans les métrites d'origine puerpérale.

Nous allons maintenant passer en revue les nombreuses études qui ont été faites en France sur le drainage. C'est d'abord en 1886 Chéron (2) qui, ayant connu les travaux de Schwarz, et voyant les bons résultats obtenus par le gynécologue allemand se sert au début, comme lui de faisceaux de fil de verre réunis à la base par une substance adhésive. Il se trouva vite en présence de grandes difficultés, car le coton de verre abandonne une poussière fine, qui gêne l'opérateur et détermine en même temps du côté de la malade une vive inflammation du vagin et de l'érythème vulvaire. De plus, ces drains prennent vite mauvaise odeur et doivent être renouvelés souvent.

Il ne se découragea pas, et après avoir essayé successivement sans succès de nombreuses substances pour former un drain convenable, il s'arrêta enfin aux crins de Florence. Il les aseptisait bien en les laissant quatre à cinq semaines dans une solution d'acide picrique, ce qui leur donnait en plus une fermeté remarquable très utile à l'introduction du drain ainsi formé. Plus tard il commençait d'abord par introduire dans le col un tube en argent par lequel il faisait passer le drain et qu'il retirait ensuite une fois la mise en place bien effectuée.

La thèse de Reilhac (3) nous donne un grand nombre

(1) *The j. of the american medical association*, février 1901.

(2) *Gaz. des hôp.*, 1892.

(3) *Drainage de l'utérus*. Paris, 1886.

de détails sur cette méthode et conclut que le drainage, favorisant l'écoulement des matières muco-purulentes, dont la présence gênerait la réparation de la muqueuse, tend ainsi vers une guérison rapide, d'où son emploi très justifié dans les métrites.

Dans cette même année, Vuillet, de Genève (1), que nous classons ici, car les thèses de Toussaint et Veper, Paris, 1887, nous donnent un résumé de sa pratique, décrit une méthode de tamponnement. Ce procédé, qui semble plutôt utile à la dilatation qu'à un véritable drainage, ne nous arrêtera pas plus longtemps. On peut du reste consulter à ce sujet les thèses citées, qui font de nombreuses réserves sur son emploi.

En 1891, après une communication de Bouilly sur « le traitement de l'endométrite par le curettage de l'utérus (2), » Terrier, donnant son avis sur la question, dit au sujet du pansement qui doit suivre le curettage : « Je ne crois pas utile, en général, le tamponnement de la cavité utérine, sauf le cas d'hémorragies, je me contente ordinairement de tampons vaginaux. Cependant pour faciliter l'écoulement des liquides et éviter la contraction de l'isthme utérin, il m'arrive d'introduire un drain en caoutchouc jusqu'au fond de l'utérus. » Au bout de quatre à cinq jours, il retire les tampons vaginaux et commence les injections antiseptiques.

Lefour, de Bordeaux (3), entre dans une nouvelle voie et se sert de tubes en aluminium, que nous décrirons plus loin. Il ne traite d'abord que les déviations et

(1) *Bull. académie de médecine*. Paris, 1886.

(2) *Soc. de chirurgie*, fév. 1890.

(3) *Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1891.

flexions utérines, mais en 1893 il l'applique aussi aux métrites.

Verchère, chirurgien de Saint-Lazare (1) présente au Congrès de Bruxelles un drain en caoutchouc ayant un renflement en forme d'ailette situé vers son tiers supérieur, lui permettant de bien tenir en place. Gérard (2) traite aussi les endométrites par le drainage avec un tube en aluminium, correspondant à peu près au numéro 20 de la filière charrière. A sa partie moyenne se trouve une bague qui sert à le fixer, et les parois sont percées de trous en écumoir. Pour l'introduire dans la cavité utérine, il se sert lui aussi d'un porte-drain spécial en cuivre rouge nickelé assez malléable.

En 1892 il décrit un dispositif un peu différent. Son drain, soit en aluminium, soit en argent doré est légèrement coudé. Son extrémité inférieure terminée par une cupule, percée de façon à simuler une roue à quatre rayons. Les malades peuvent le garder plusieurs mois, pendant lesquels on fait des injections intra-utérines.

Au moment où la chirurgie conservatrice vint condamner les ablations trop rapides d'organes relativement peu atteints et susceptibles de recouvrer leur fonctionnement par un traitement approprié, le drainage fut très employé dans le traitement indirect de certaines salpingites.

Nous croyons bien faire en parlant ici de la méthode de Walton (3), qui fut, en 1888, le premier à appliquer la dilatation suivie de drainage comme cure de certaines affections des annexes.

(1) *Congrès de Bruxelles*, 1892.

(2) *Gaz. de gynécologie*, 1891.

(3) *Annales de la Société médicale de Gand*, 1888.

Le praticien dilate non seulement le col, mais toute la matrice, puis fait suivre cette opération indispensable, d'après lui, d'un curettage et d'un drainage avec un tube à caoutchouc, conduisant les liquides de la matrice dans un flacon de sublimé placé entre les cuisses de la malade.

En France, dès cette même année, Pouillet, de Lyon, ainsi que le rapporte la thèse de Rolland (1), fait du drainage à la gaze dans ces mêmes cas. Il obtient ainsi l'évacuation de salpingites kystiques, et guérit en quelques jours des exsudats très volumineux en l'appliquant à beaucoup d'inflammations péri-utérines.

Mais cette méthode fut surtout mise en honneur par Bonnaire dans le service du Prof^r Cornil, à l'Hôtel-Dieu. Un article publié dans la *Semaine médicale* (2) et la thèse de Ransquin (3) tiré de cet article nous donnent de nombreux détails sur sa méthode.

En parlant des divers modes de drainage nous décrivons tout entier le procédé de Bonnaire, car il nous donne la technique complète du drainage par le tube en caoutchouc.

Les résultats seraient excellents dans les salpingites récentes, qui le plus souvent peuvent être considérés comme un épiphénomène survenu dans le cours de la métrite, mais aussi dans les salpingites kystiques. Ce traitement, au contraire, sera contre-indiqué toutes les fois qu'il y a paramérite avec fièvre et que déjà on se

(1) Thèse Lyon, 1888.

(2) De la dilatation prolongée du col de l'utérus au moyen d'un tube en caoutchouc malléable. *Semaine médicale*, août 1892.

(3) *Du drainage de l'utérus*. Paris, 1892.

trouvera en présence d'un épanchement séreux ou purulent dans le péritoine, ainsi que dans les cas d'hématosalpynx.

Il traite aussi de même nombre de métrites sans lésions des annexes, car ce tube laissé à demeure facilite bien, d'après lui, l'écoulement des sécrétions, permet d'agir sur la muqueuse et réveille la tonicité musculaire.

C'est encore dans les salpingites que Doléris (1) fait du drainage à la gaze fortement enduite de glycérine créosotée, et dont il bourre l'utérus. Mais pour lui, la dilatation lente et progressive est la condition indispensable de succès de cette pratique, dont Macquart-Moulin nous donne de nombreux détails dans sa thèse (2).

Le Dentu relate deux observations (3) dans lesquelles la dilatation et le drainage ont eu de bons effets.

Labadie-Lagrave (4), donnant un résumé de sa méthode de drainage dans les salpingites catarrhales subaiguës les hydro et pyo-salpynx avec ou sans exsudats inflammatoires et laissant à la chirurgie le soin d'intervenir dans les annexites étendues avec cellulites pelviennes accompagnées de réaction péritonéale et fébrile, s'exprime ainsi : « Nous inspirant d'une méthode préconisée depuis 1888 par Wallon puis par Poulet, et dont Doléris et Le Dentu ont montré plus tard l'efficacité, nous avons pratiqué avec succès dans notre service depuis plusieurs années la dilatation large et le drainage prolongé pour la cure des diverses affections péri-utérines

(1) *Nouvelles archives d'obst. et de chir.*, 1889.

(2) Paris, 1893.

(3) *Gazette des hôpitaux*, 1892.

(4) *Semaine médicale*, 1895.

précédemment énoncées ». Il joint un curettage toutes les fois qu'il constate en même temps une endométrite purulente ou hémorragique.

Le Dr Piédallu (1), au Raincy, pratique le drainage à la gaze, et ne fait qu'une simple dilatation avec des bougies d'Hégar sans curettage. Il commence d'abord par quelques irrigations intra-utérines, puis draine à la gaze ; si alors la muqueuse utérine ne lui semble pas bien détergée, il place un gros drain en caoutchouc.

Schoull, de Troyes (2), s'est servi d'abord du moyen préconisé par Chéron, puis du drain de Bonnaire, qu'il fixe au centre d'un pessaire de Dumontpalier. Il a eu ainsi de nombreuses guérisons d'endométrites avec ou sans annexites.

A Bordeaux, le drainage de l'utérus est très en honneur ; nous connaissons déjà la tige de Lefour ; Vitrac, dans sa thèse (3), nous parle longuement des travaux qui ont été faits par de nombreux praticiens de cette école.

En 1893, Dubourg fait construire un tube fenêtré en aluminium, très léger et fixé par un point de suture. Il y ajoute bientôt un tube en caoutchouc, qui dépasse des deux côtés le tube en métal et se trouve aussi percé de grandes fenêtres en regard de celles du précédent. Il le laisse environ un mois et s'en sert principalement dans les métrites chroniques avec écoulement abondant et rigidité du col.

Monod, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, fait, au

(1) *Actualités médicales*, 1892.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1893.

(3) Bordeaux, 1895.

Congrès international de médecine à Rome, une intéressante communication sur l'utilité du drainage dans les métrites.

Fieux, interne de Lannelongue, essaye le modèle suivant : il enroule en spirale autour d'une bougie d'Hégar un fil d'argent ou d'aluminium, rappelant ainsi beaucoup un ressort à boudin.

Lannelongue, dans son service, use tout d'abord de la tige de Lefour, mais en 1893 il y joint, pour la maintenir bien en place, le disque de Courtin. Nous décrirons l'ensemble de l'appareil au drainage métallique, avec de nouvelles modifications apportées par Rivière et Lannelongue lui-même.

Vitrac nous donne de nombreuses observations prises dans le service de ce chef et conclut en faveur de ce traitement dans les affections chroniques de l'utérus et les salpingites.

Petit (1) vante comme agent thérapeutique son drain en aluminium long de 5 centimètres, et de la grosseur de la tige de Lefour, qu'il fixe par deux points de suture quoique ne s'en étant servi que dans la stérilité d'origine obstructive, il envisage la possibilité de l'appliquer à la cure des métrites, à condition de le faire suivre d'un drainage à la gaze iodoformée et glycérinée.

Plus récemment, Bouchard, dans sa thèse (2), nous expose les travaux de Leblond sur ce sujet avec de nombreuses observations et nous décrit le drain adopté par celui-ci.

Leblond « compare, lui aussi, l'utérus à une simple

(1) *Semaine gynécologique*, 1900.

(2) *Drainage utérin*. Paris, 1897.

cavité suppurante, à un abcès justiciable du traitement général de tous les abcès, l'ouverture, l'antisepsie et le drainage. Son drain n'est, en somme, que le drain de Chéron en crin de Florence un peu modifié. Il se compose de 12 crins, réunis de telle sorte que l'instrument confectionné prend l'aspect de deux anses en croix. Pour l'introduire il suffit le plus souvent de l'enrouler et de le prendre avec une pince à pansement qui le porte dans le col ; quelquefois on est obligé d'user d'un instrument ayant un peu la forme d'un hystéromètre, sauf qu'il est bifide à une de ses extrémités. Pour le maintenir on place un tampon dans le vagin.

Son drain étant peu résistant se trouve étranglé par la tonicité du col, et forme bouchon, aussi l'auteur recommande-t-il une dilatation large.

Son traitement dure environ trois semaines, et lorsqu'il enlève le drain il continue encore l'antisepsie vaginale jusqu'à la fermeture du col, « car la matrice dilatée, dit-il, se trouve dans les mêmes conditions qu'après une fausse couche et éminemment propre à être infectée par le canal cervical béant ».

Il emploie aussi le drainage à la gaze, tamponnement de l'utérus comme Fritsch et prétend avoir des succès.

Dans ces dernières années enfin, Beaussenat et Blum (1) exposent encore leur traitement des salpingites par le drainage de l'utérus, précédé comme le veut Walton d'une dilatation forcée et d'un curettage. Pour eux, il faut continuer le traitement 10-12 jours, en changeant le tube en caoutchouc chaque second jour et avoir soin de

(1) *Revue de gynécologie*, 1900.

bien irriguer la cavité utérine avec une solution de sublimé. Le vagin sera légèrement tamponné.

En 1902 encore paraissait dans la *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*, un article de Mouchotte (1) « sur le drainage dans la métrite aiguë puerpérale ». Nous aurons l'occasion de parler en détail de son drain et de son mode d'emploi, puisqu'ils font en partie l'objet de notre thèse.

De plus, par les observations que nous avons pu recueillir, on pourra voir aussi que le drainage est employé dans plusieurs services.

Enfin, pour terminer cet historique, citons encore :

Duke, de Dublin (1), qui compare lui aussi la cavité utérine, atteinte d'endométrite chronique, à un abcès, et après avoir fait une rapide dilatation suivie d'un curetage, place dans l'utérus une de ses tiges roulée en spirale. Pour la maintenir il ajoute plus tard un petit disque et préfère beaucoup cette manière de faire à l'emploi du tube en caoutchouc.

Milton (2), dont nous exposerons la méthode dans la seconde partie de notre historique, puisqu'il s'occupe principalement du traitement des métrites puerpérales.

François Franke, qui, craignant que son tube en caoutchouc ne soit expulsé, le fixe par deux points de suture.

Tel est, aussi complet que possible, l'historique du drainage de l'utérus depuis ses débuts jusqu'à nos jours, Nous allons nous occuper maintenant des travaux qui ont été faits sur ce mode de traitement appliqué aux

(1) *The British. med. journal.*

(2) *The Lancet*, 1891.

métrites puerpérales ou mieux à l'infection puerpérale, et nous rentrons ici en plein dans la question qui fait l'objet de notre étude, après cet aperçu général, qui nous a paru tout à fait indispensable.

DEUXIÈME PARTIE

HISTORIQUE DU DRAINAGE DE L'UTÉRUS DANS L'INFECTION PUERPÉRALE

« S'il est, dit Mouchotte, des utérus qu'il convient de drainer, ce sont bien ces utérus puerpéraux profondément infectés, laissant suinter le pus en abondance. La rétention purulente y est commune, rendant les accidents généraux toxi-infectieux plus menaçants. En favorisant la sortie rapide et permanente du pus, on fera cesser les accidents, ou tout au moins on diminuera leur intensité. Aussi l'importance du drainage, dans ces cas, nous a paru capitale, soit après curage, soit après curetage ».

Les premiers gynécologues qui ont employé le drainage l'avaient bien compris, et, dès 1877, Fritsch et Schede se servirent de ce traitement pour combattre la métrite aiguë puerpérale.

Lagenbuck (1) cite ces deux prédécesseurs, et malgré les objections nombreuses de praticiens qui prétendaient le drainage nuisible, craignant une infection par le tube, il conseille lui aussi de se servir de drains en caoutchouc qu'on lavera fréquemment avec des solutions phéni-

(1) *Die Drainage des puerperalen Uterus*, 1879.

quées. Il cite plusieurs observations où le traitement a été suivi du succès le plus éclatant et en particulier une où le drain fut très bien supporté pendant 19 jours.

En 1890, Polk lit un compte-rendu à la Société obstétricale de New-York, où il propose à ses collègues d'appliquer le drainage à la gaze, après discision du col, à la cure des métrites aiguës puerpérales.

Il fut vivement combattu ; seul Boldt adopte toutes ces idées à ce sujet. D'après lui, si on a soin de *ne pas bourrer l'utérus* et ne pas drainer à la fois utérus et vagin, ce qui diminue les chances d'infection et rend l'écoulement plus facile, on obtient d'excellents résultats dans le traitement de la métrite puerpérale.

Coe, au contraire, trouve la méthode dangereuse.

Goelet, qui plus tard cependant emploie un tube en verre, critique le drainage, même appliqué aux métrites chroniques.

Grandin fut du même avis.

Emmet et Harrisson font encore de nombreuses réserves.

Dudley cite quelques observations favorables.

Nous avons vu comment Polk avait fait faire un grand pas dans cette voie et combien de praticiens américains s'étaient rangés à son avis, même pour appliquer le drainage aux métrites aiguës puerpérales.

Mais c'est vraiment Milton, du Caire (1), qui se fit un des grands promoteurs de cette méthode. L'appareil qu'il emploie sera décrit au drainage métallique.

« L'utérus puerpéral, dit-il, atteint de métrite septique.

(1) *The lancet*, 1891.

semble, à l'examen, mou et flasque et paraît manquer de ces contractions qui, dans un utérus sain, expulsent tout caillot ou sécrétion. Les lèvres du col restent fermées et collées par manque d'élasticité.

» L'écoulement est abondant et le liquide, très septique et facilement putréfiable, se trouve retenu dans cet utérus demi-paralysé. Ici, il y a des indications tout à fait évidentes d'assurer le libre cours de ce liquide et de nettoyer l'utérus ».

Aussi, pour lui, faut-il de suite curetter et drainer l'utérus. L'intubation avec son appareil fournira un drainage parfait et facilitera les nettoyages de la cavité.

Il cite plusieurs observations rapportées plus loin toutes très favorables. L'auteur nous fait bien comprendre l'utilité du drainage dans ces cas et nous trace clairement la marche à suivre.

Dans sa thèse, Ransquins, quelques années plus tard, conclut ainsi : « que la métrite, soit d'origine blennorrhagique ou puerpérale, les liquides éliminés par l'utérus contiennent des microbes pathogènes, et la rétention de ces produits n'est pas sans pouvoir amener de grands désordres, d'où la nécessité de faciliter leur écoulement ».

Bouchard, à son tour, cite une observation de métrite aiguë puerpérale traitée par le drainage et regrette de ne pouvoir nous donner de plus grands détails sur ce mode de traitement que son maître Leblond est en train d'observer.

Deaver (1) dit en parlant de l'infection puerpérale,

(1) *Philadelphia m. journal*, 1903.

que les symptômes de cette maladie varient avec la virulence du microbe et la résistance de l'organisme : mais la forme la plus commune est la simple infection par l'absorption des toxines produites par putréfaction des résidus des membranes ou de caillots de sang. « Au deuxième ou au troisième jour après un accouchement ou un avortement, la température s'élève, les lochies deviennent fétides, l'appétit manque, il y a quelques nausées, le pouls est rapide. Dans ces cas, le traitement sera bien limité au vagin et à l'utérus et nécessite simplement le nettoyage de ces cavités, suivi d'un drainage à la gaze iodoformée. Grâce à ces moyens, tous les symptômes si menaçants auront vite disparu ».

La même année, Bacon, de Chicago (1), s'exprime ainsi : « Quoiqu'on ait beaucoup diminué les cas d'infections puerpérales depuis les méthodes antiseptiques et aseptiques pendant le travail, on se trouve encore en face de quelques cas offrant un grand danger pour la vie de la malade ».

Lorsque l'utérus est infecté, on peut espérer le débarrasser des débris placentaires dans lesquels les microbes trouvent un excellent milieu de culture, élaborant des produits toxiques, cause de graves troubles généraux. Mais pour obtenir la guérison, il est nécessaire non seulement de débarrasser l'utérus de ces résidus et des caillots sanguins, il faut en plus recourir à un *bon drainage* qui fera bien vite disparaître tout symptôme d'infection.

Wetherill (2), lui, fait avec une sonde à double courant

(1) *The J. of the american association*, 1903.

(2) Puerperal injection, *ibid.*

de nombreuses injections. Il continue ce drainage de quelques jours à deux semaines, en ayant bien soin de maintenir absolument libre la lumière de son tube.

Ces dernières années, Mouchotte n'a eu qu'à se louer de son drain métallique dans les nombreux cas d'infection puerpérale qu'il a eu à traiter.

C'est surtout dans les cas d'infection *post abortum* que Mouchotte a appliqué son drain et sa méthode ; mais il n'y a recours que dans les cas assez graves, et non, comme le veut Milton, dès qu'il y a un peu de fièvre avec ou sans lochies fétides. La plupart de ces cas, en effet, guérissent avec une simple irrigation utérine. C'est lorsque l'utérus est profondément infecté, que le pus suinte en abondance, que Mouchotte croit vraiment utile de faciliter la sortie rapide et permanente de ce pus hors des voies génitales ; c'est en agissant ainsi qu'on peut espérer faire cesser tout accident ou en diminuer au moins l'intensité.

Nous verrons, par les observations qu'il a bien voulu nous communiquer et dont quelques-unes ont paru dans sa thèse, les bons résultats obtenus. Il croit que son procédé convient bien aussi dans le traitement des infections puerpérales *post partum*. Malheureusement, nous ne pouvons donner que peu d'observations de ce traitement appliqué à l'infection *post partum* ; au contraire, nous avons pu réunir des cas relativement nombreux où sa méthode a été appliquée à l'infection *post abortum*.

Quelques maîtres du Dr Mouchotte, les D^{rs} Bazy, Chevalier, Monod, Arron, Rochard, ont confié l'application de cette méthode à quelques-uns de leurs internes.

Grâce à leur bienveillance, nous pourrons montrer encore par des observations prises dans ces services, les succès du drainage dans le traitement des affections puerpérales « *post abortum* en particulier ».

TROISIÈME PARTIE

DES DIVERS MODES DE DRAINAGE

CHAPITRE I^{er}

Du drainage à la gaze.

Nous avons vu au cours de cet historique les divers modes de drainage utérin imaginés depuis l'introduction de cette méthode dans la pratique : ici, nous ne les envisageons qu'au point de vue de la question qui nous intéresse, c'est-à-dire le traitement des utérus puerpéraux infectés.

Nous croyons que c'est bien particulièrement dans ces cas qu'un écoulement parfait du pus et des sécrétions retenues dans la cavité utérine doit être recherché, et cela, autant que possible, sans trop de gêne pour la patiente et sans instrumentation trop compliquée.

Le drainage à la gaze est tout à fait insuffisant ; car, comme le pensait Wylie, la gaze, au lieu de favoriser l'écoulement du pus, vient le plus souvent à l'encontre du but cherché en faisant tampon, produit la rétention purulente et rend les accidents toxi-infectieux des plus menaçants.

Balls, dès le début de l'application de cette méthode, avait bien aussi constaté que le pus cherchant une voie de sortie, l'orifice du col étant obstrué par la gaze, pouvait même refluer jusque dans les trompes, propager l'in-

fection à ces organes et, continuant sa route, déterminer même une péritonite. Nous avons vu, en effet, nombre de praticiens bourrer l'utérus et faire un véritable tamponnement de l'utérus, plutôt que du drainage. Après un curettage aseptique, ce procédé est certainement très avantageux, mais dès qu'on veut obtenir du drainage, surtout un drainage parfait, comme il est nécessaire dans les infections puerpérales, il faut abandonner ce genre de drainage qui n'est, en réalité, qu'un tamponnement.

Nous devons reconnaître cependant que le drainage capillaire à la gaze tel *que le recommandait Polk*, fut déjà un grand progrès et peut rendre de grands services. Il est évident que lorsque la gaze n'est pas tassée, on peut avec une simple mèche utérine, dans les cas *peu graves* d'infection constituer à la rigueur un moyen suffisant de drainage. Mais alors, si la température persiste à nouveau, si le pus suinte en assez grande abondance, il vaut mieux recourir à des moyens plus sûrs.

De plus, ce procédé présente encore un autre inconvénient. Beaucoup de praticiens ont l'habitude d'ajouter à la mèche utérine un véritable tamponnement vaginal; et dans ces cas, alors même que la mèche utérine fait office de drain, c'est ce pansement vaginal qui crée une rétention purulente tout aussi complète. Aussi s'est-on préoccupé bientôt de trouver un moyen plus approprié aux circonstances et considérant ces utérus infectés comme de véritables collections purulentes qu'il faut évacuer, il était bien naturel de songer tout de suite à leur appliquer la méthode préconisée par Chassaignac dans le traitement des abcès : « Le drainage avec les tubes en caoutchouc ».

CHAPITRE II

Du drainage avec les tubes en caoutchouc.

Le drainage avec les tubes en caoutchouc dans les cas d'infection utérine constitue un réel progrès sur le drainage à la gaze.

Ceux qui le recommandent l'emploient en général de la façon suivante. Soit directement, soit après curettage dans les cas d'infection puerpérale, ils introduisent dans l'utérus un tube en caoutchouc plus ou moins fenêtré, plus ou moins rigide. Et pour éviter l'expulsion de ce drain par la tonicité du muscle utérin, on soutient son extrémité cervico-vaginale par un tampon vaginal de gaze plus ou moins tassée. Chaque jour et pendant toute la durée des accidents infectieux ce drain est changé ; une injection est faite directement dans la cavité utérine et un nouveau drain de caoutchouc aseptique, de calibre semblable ou inférieur au drain retiré est mis en place. Bonnaire a préconisé ce drainage au caoutchouc. Dans un article indiqué dans notre historique et dans la thèse de Ransquins il donne les détails de sa pratique. Il se sert d'un gros tube de 8 centimètres de long et du volume de l'index, de façon que l'une des extrémités touche le fond de l'utérus et l'autre dépasse l'orifice externe. Les parois du drain doivent être très épaisses afin qu'elles ne soient pas aplaties et percées d'un grand

nombre de trous. Le tube permet de faire des lavages antiseptiques aussi souvent et aussi commodément que possible et se trouve bien maintenu par un *léger tamponnement vaginal*.

Bonnaire préconise donc un tube gros et rigide, qui ne puisse se couder, et ne fait qu'un léger tamponnement du vagin.

Mais le drainage en caoutchouc, d'une façon générale, présente des difficultés et des inconvénients.

Ceux qui ont recours aux tubes ordinaires les retirent ordinairement coudés, aplatis, déformés et permettant ainsi la rétention purulente en amont de la coudure, coudure qui répond en général à l'isthme utérin.

Si l'on emploie, comme Bonnaire, de gros tubes résistants, les coudures deviennent certes moins sensibles, moins fréquentes ; mais pour qu'un tube en caoutchouc soit résistant, malgré son épaisseur, il doit être peu fenêtré, ou si les fenêtres sont nombreuses, elles doivent rester petites. Et alors, s'il ne s'agit pas d'une sécrétion très fluide, si le pus utérin est épais, et si la cavité utérine renferme des *magmas sphacelés*, ceux-ci s'accumulent entre la paroi externe du tube et la paroi utérine. L'écoulement utérin se fait mal, la résorption continue, les phénomènes infectieux persistent.

Enfin, ces tubes rigides ont une surface glissante et on conçoit qu'ils aient une grande tendance à être expulsés de l'utérus par la tonicité du muscle, d'où la nécessité de les soutenir par des tampons vaginaux. Mais alors les tampons vaginaux empêchent l'écoulement et déterminent encore la stase purulente en amont, même avec un tamponnement léger.

Les inconvénients du drain en caoutchouc ne sont pas purement théoriques, nous allons les mettre en lumière par quelques observations.

OBS. I. — MOUCHOTTE, in thèse
(détaillée).

X..., entre à l'hôpital Beaujon dans le service du Dr Bazy le 2 juillet 1901. Premières règles à 15 ans; depuis, toujours elles furent abondantes et régulières.

Primipare; dernières règles du 13 au 21 avril. Le 22 juin, introduction dans le col d'une sonde en gomme dure pour provoquer l'avortement. Perte immédiate d'eau blanche. Injection utérine avec une solution de savon noir. Les instruments dont s'est servie la malade étaient non aseptisés. Presque immédiatement après ces manœuvres, contractions utérines.

23 juin. — Métorrhagies, expulsion d'un fœtus, contractions utérines persistent.

24. — Métorrhagies et fièvre jusqu'au 2 juillet date de son entrée dans le service.

2 juillet. — A son arrivée. T.: 39°6; P.: 126. La malade est exsangue, vulve colorée par un sang putride. L'orifice utérin perméable laisse facilement pénétrer. On effectue un curage digital; le placenta putride est retiré, et on fait suivre d'un curetage. La curette mousse ramène des débris déciduaux fétides. Lavage utérin au permanganate. Ecouvillonnage à la teinture d'iode, mèche utérine de gaze stérilisée pendant les premières heures. Sérum 500 grammes.

3. — T.: 38°4 et 38°2; P.: 130. Lavages de l'utérus au permanganate deux fois par jour. Drainage avec un tube en caoutchouc. Sérum.

4. — T. m.: 38°; P.: 130. Lavages *idem*. Pus utérin fétide, s'écoulant mal. T. s.: 39°4; P.: 130. « Le drain est retiré aplati, et derrière lui s'écoule une certaine quantité de pus, qui avait été retenue ». On le remplace par un drain métallique. Météorisme et

pas de vomissements. On donne un lavement qui procure selles assez abondantes. Sérum.

5. — T.: 38° ; P.: 100. Grande amélioration.

6 et 7. — P.: 100 ; T., à peu près normale. On supprime le drain le 7. A partir de ce jour plus de fièvre.

Exeat. Guérie le 16 juillet.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DU LIQUIDE PIPÉ AVANT LE CURAGE (En collaboration avec Carton).

Cultures aérobies. — Streptocoques peu abondants ; coli-bacilles (plus abondants).

Cultures anaérobies. — Bacillus perfringens, bacillus ramonsus.

OBS. II. — MOUCHOTTE, in thèse
(détaillée).

Avortement. — X..., entre à l'hôpital Beaujon dans le service du Dr Bazy, le 30 mai 1901 au soir. Règles régulières, durent 3 jours environ. Primipare. Dernières règles le 15 avril.

28 mai. — La malade après avoir pris une forte purgation, se fait elle-même une injection intra-utérine qui est suivie le même jour d'une violente métrorrhagie. Elle ne sait pas si le fœtus a été expulsé avec les caillots.

29. — Fièvre, céphalée.

30. — Jour de son entrée à l'hôpital, fièvre, soif vive. T.: 38°6.

31. — T. m.: 38°4 ; P.: 116. Curettage, lavage utérin au permanganate, écouvillonnage à la teinture d'iode. Mèche utérine de gaze stérilisée pendant les premières heures. T. s.: 38° ; P.: 108.

1^{er} juin. — T.: 37° et 37°5. Lavage utérin. Drain en caoutchouc avec mèche vaginale pour le maintenir.

2. — T.: 38°9 ; P.: 116. Même traitement.

3. — T.: 37°4 ; P.: 108. *Le drain en caoutchouc draine mal, on le trouve aplati, rempli de pus, qui n'a pu s'écouler au dehors.*

4. — T. m.: 37°2 ; P.: 104. T. s.: 38°6. P.: 124. Injection au permanganate.

5. — T. m.: 37° ; P.: 108. T. s.: 38°8 ; P.: 124. Même traitement.

6. — T. m.: 37°2 ; P.: 100. T. s.: 38°4 ; P.: 108. Même traitement. On trouve encore du pus dans le drain.

7. — T. normale le matin. T. s.: 38°4. Même traitement.
8. — Idem. T. s.: 38°2. Même traitement.
9. — T. s.: 36°8. Il ne s'écoule de l'utérus qu'un liquide glaireux.
On supprime le drain. Apyrexie à partir du 11.

18. — Excit. Guérie.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE du liquide pipé dans l'utérus avant curettage (En collaboration avec Carton).

Cultures aérobies : Streptocoques pyogènes. Staphylocoques blancs.

Cultures anaérobies : Stériles.

OBS. III. — MOUCHOTTE, in thèse
(détaillée).

Avortement. — F. A., ménagère, entre à l'hôpital Beaujon, service du Dr Bazy, le 22 novembre 1904.

Multipare. Dernières règles le 12 septembre.

16 novembre. — Métrorragie subite et abondante, qui s'arrête et se reproduit les jours suivants, jusqu'à l'entrée à l'hôpital.

18. — Céphalée, pas de coliques utérines.

20. — La céphalée reparait avec des frissons. Le 21, nouveaux frissons.

22. — Céphalée, frissons, entre à l'hôpital le soir. T.: 39; P.: 140. Respiration gênée. Sueurs profuses. Teint jaune foncé. Au speculum, on trouve un col béant laissant sortir un liquide sanguinolent, sanieux, fétide. Le toucher fait reconnaître la présence du placenta décollé et mobile dans la cavité utérine. On l'extrait, puis la curette mousse, promenée sur les parois de la cavité, ramène des débris décidaux fétides. Technique ordinaire, lavage, écouvillonnage, drainage avec un tube en caoutchouc. Deux heures après, frissons.

23. — T. m.: 39°; T. s.: 39° 3; P.: 132. Lavages biquotidiens au permanganate, chaque fois le drain est changé. Légers battements des ailes du nez.

24, 25, 26 et 27. — Même traitement. T. s'abaisse à 37°3. Du pus s'écoule par le drain.

28. — Subitement T.: 40°6 ; P.: 140. Frissons et vomissements. T. s.: 39°.

29. — T. m.: 38°4 ; P.: 104 ; T. s.: 39°2 ; P.: 120. Diarrhée, un peu de météorisme. Même traitement:

1^{er} décembre. — T. m.: 38°5 ; P.: 124. Deuxième curetage, la curette ramène des débris purulents. T. s.: 39°8 ; P.: 132.

2. — T. m.: 37°6 ; T. s.: 38°3 ; P.: 120. Progressivement la température descend à la normale. Lavages utérins biquotidiens.

5. — T.: 38°2 ; P.: 120.

6. — T.: 39°3 ; P.: 120.

7. — T.: 39 ; P.: 120. On trouve le drain en caoutchouc aplati, quand on le retire une quantité notable de pus retenu derrière lui s'écoule. On en met un plus gros et plus dur.

8, 9, 10 et 11. — T. s.: 39°. L'utérus se laisse mal drainer, étant en antéflexion.

12. — La température s'abaisse, quoiqu'il s'écoule encore un peu de pus.

15. — A partir de ce jour, la température est presque normale, on ne fait plus qu'un lavage.

19, 20. — T. normale, suppression du drain.

2 janvier. — Exeat. La femme est encore anémiée, teint jaune, grande faiblesse.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (En collaboration avec Rist). — *Cultures aérobies* : Streptocoque pyogène.

Cultures anaérobies : B. Perfringens très violent.

A ces observations montrant quelques inconvénients du drain en caoutchouc, nous allons en ajouter quelques autres, bien qu'elles ne se rapportent pas au drainage des utérus puerpéraux infectés, mais simplement au drainage d'utérus atteints de métrite blennorrhagique. Les observations, en effet, n'en ont pas, en ce qui nous concerne, moins de valeur, car l'indication du drainage ne peut modifier en quoi que ce soit la question de la

mécanique dans l'application de ces tubes. En outre, elles ont d'autant plus de portée qu'elles sont empruntées aux promoteurs du drainage par le tube en caoutchouc et nous montrent clairement combien il est difficile de maintenir en place ces tubes.

OBS. IV (M. BONNAIRE, in thèse BOUCHARD).

Salpingite et péri-salpingite droite. Drainage du 29 avril au 3 mai.

C..., Angèle, 23 ans. Multipare. Souffre dans le bas-ventre et les reins. Perd beaucoup en blanc. Règles durent 8 jours. Entre le 15 avril.

Examen. — Col gros, ulcéré. Dans le cul-de-sac latéral droit, tumeur fluctuante, dépressible et à côté petite glande mobile, qui est vraisemblablement l'ovaire. Rien à gauche.

Traitement. — Injection de sublimé jusqu'au 26 avril. A cette époque dilatation à la lumineaire.

29 avril. — Tube en caoutchouc à demeure dans l'utérus. Injections dans le tube tous les deux jours, gaze iodoformée dans le vagin. « *Le tube est tombé plusieurs fois dans le vagin.* »

3 mai. — On cesse le drainage. Tumeur diminuée et ferme à droite, qui est considérée par Bonnaire comme la coque de la trompe vide. Guérison.

OBS. V (in thèse BOUCHARD).

Blennorrhagie. Drainage du 5 septembre 1893 au 8 octobre.

Berthe M..., 24 ans. Un enfant. Blennorrhagie il y a 4 mois. Entre le 19 août à l'hôpital jusqu'au 29. On traite la blennorrhagie.

Examen. — A droite, trompe dure, augmentée de volume, peu douloureuse.

Traitement. — 3 septembre. — Dilatation à la lumineaire.

5. — Badigeonnage au chlorure de zinc. Drainage avec un tube

en caoutchouc. Injections au chlorure de zinc tous les 2 jours. Tampon vaginal. « *Le tube était presque constamment sorti de l'utérus.* » Le 28 septembre on constate écoulement du pus, qui dure jusqu'au 8 octobre.

9. — Malade guérie et traitement cessé.

OBS. VI (in thèse BOUCHARD).

Périméto-salpingite, surtout à gauche. Tubage du 26 mars au 4 avril 1895. *Echec du drainage.* Amélioration par le massage.

Veuve M..., 28 ans, quatre enfants. Depuis 4 mois, pertes blanches abondantes. Règles irrégulières, douloureuses. Entre à l'hôpital le 24 février 1895.

Examen. — Col gros, kystes glandulaires, culs-de-sac non douloureux. Il est difficile de déterminer les organes atteints en raison de la sensibilité du ventre. Injections vaginales et tampon de glycérine iodoformée jusqu'au 23 mars. A partir de cette date, dilatation à la lumineaire.

26. — Curettage, tubage.

« *Le tube sort de l'utérus et ne peut être maintenu même par une suture au fil d'argent.* »

4 avril. — Le tubage est cessé en raison de l'impossibilité de remettre le tube. Lésions dans le même état. Antisepsie vaginale jusqu'au 21 mai et massage pendant 15 jours, en introduisant deux doigts dans le vagin, pendant que l'autre main appuie sur le fond de l'utérus. Amélioration notable.

On comprend que l'on ait cherché à obtenir un drain répondant mieux aux desiderata du traitement. Les praticiens ne se déconragèrent pas. Schwarz, Chéron, Leblond se servirent de fils de verre, de crins de Florence, chacun modifiant à sa façon. Mais si on peut avec ces instruments obtenir un bon drainage, l'application en est assez compliquée, et l'usage de ces instruments est peu rentré dans la pratique.

On a dès lors orienté les recherches d'un autre côté, et peu à peu l'on est arrivé à considérer le drain métallique comme l'appareil réunissant le mieux de nombreux et sérieux avantages. Nous verrons comment chacun a su le modifier pour le rendre plus parfait.

CHAPITRE III

Du drainage métallique.

Dès 1891, Milton, dans un article consacré au traitement des métrites aiguës puerpérales et autres formes septiques, nous donne une description détaillée de son drain métallique et son mode d'emploi.

L'appareil ressemble par sa forme à une canule bivalve pour la trachéotomie, mais avec une coudure spéciale pour suivre celle du canal utérin et un plateau concave pour recevoir les lèvres du col. Pour faciliter son introduction, on saisit le tube avec une pince spéciale, dont les branches passent à travers deux drains aménagés à cet égard dans le plateau. On rapproche ainsi les deux valves, qui, à l'état naturel, ont tendance à diverger.

Le tube ainsi saisi et pour ainsi dire fermé, est introduit dans l'utérus, puis une fois en place la pince est retirée et les valves reviennent à leur écartement, l'empêchant de redescendre et maintenant le col ouvert.

Pour montrer les bons résultats de cette méthode, nous citerons plusieurs observations traduites du même article.

OBS. VII (MILTON, *The Lancet*, 1891).

Accouchement. Une dame anglaise, âgée de 23 ans, accouche au 8^e mois de son second enfant.

Le 3^e jour, la température s'élève, le pouls est à 103, avec lochies fétides et frissons.

Le 4^e jour, température élevée, pouls à 104. On met un *tube* à demeure dans la cavité utérine, et on pratique *irrigations quatre fois par jour*.

Le 6^e, la température baisse et le pouls n'est plus qu'à 100.

Le 7^e, la température est voisine de la normale.

Le tube fut laissé en place 14 jours. Guérison complète.

OBS. VIII (MILTON).

Avortement. Une négresse, primipare, avorte au 6^e mois. Elle entre à l'hôpital 10 jours après avec une *métrite puerpérale* et rétention placentaire. On retire le placenta, on lave l'utérus à la créoline, curetage. La température élevée descend après l'opération vers 38°5.

Le 13^e jour elle remonte à 40° et revient à 39° pendant 48 heures, durant lesquelles on irrigue l'utérus avec la solution antiseptique. Nouveau curetage.

Le 17^e jour, on met un *tube* et la température tombe graduellement. 4 jours après on cesse le drainage.

Au bout de 8 jours la femme est guérie.

OBS. IX (MILTON).

Accouchement. Multipare, chez qui les signes d'infection ont paru 5 jours après les couches.

Pendant 6 jours l'utérus fut lavé avec des solutions antiseptiques diverses, soit une solution de sublimé, de créoline, soit avec de l'iode ou du chlorure de zinc. Il fut pratiqué deux curetages.

Au 11^e jour se déclara une pneumonie avec néphrite et probablement aussi pelvi-péritonite. Notre tube fut introduit dans l'utérus et laissé 6 jours à demeure ; pendant ce temps toutes les 6 heures lavages au chlorure de zinc. 8 jours après, l'utérus est complètement débarrassé des sécrétions septiques et le tube est enlevé.

La patiente mourut quand même 10 jours après, succombant à l'urémie.

Il ne fut pas procédé à l'autopsie.

OBS. X (MILTON).

Accouchement. Égyptienne, primipare, présente, 4 jours après son accouchement, une infection puerpérale : quelques lochies fétides. T. : 41°,2 ; P. : à 106 au premier examen. Notre tube est placé et on fait des irrigations de créoline.

Quatre jours après, température normale, plus de lochies fétides, guérison rapide.

Ce moyen ingénieux peut, comme nous le voyons, assurer un bon drainage et n'est pas d'une instrumentation bien compliquée. Mais la tonicité du col agissant sur le système d'écartement des valves tend quelquefois à les rapprocher et, en obturant ainsi la lumière du tube, fait cesser le drainage.

Quelques années après, Vitrac, de Bordeaux, nous donne dans sa thèse de nombreux détails sur le drainage métallique très employé par les chirurgiens et gynécologues de cette ville.

La tige de Lefour est un tube en aluminium, portant 4 cannelures profondes de 3 millimètres et séparées par 4 crêtes épaisses dont les bords mousses se rejoignent à une des extrémités, lui donnant une forme conique. C'est l'extrémité utérine.

Elle était perforée à 7 millimètres de son autre extrémité pour permettre d'introduire par cet orifice un crin de Florence que l'on fixait au col. Elle correspondait, comme grosseur, à peu près au n° 20 de la filière Charrière.

Ce tube, ainsi que la gouttière de Dubourg, décrite à l'historique, avait le grand inconvénient d'être fixé au

col par un point de suture. Nous avons déjà exposé les dangers de ce moyen, nous n'y reviendrons pas ici.

Aussi, Lannelongue vint-il apporter une grande modification et joindre à la tige de Lefour, pour la maintenir en place, le *disque de Courtin*.

On se servait déjà de ce pessaire pour maintenir dans l'utérus les crayons médicamenteux, les laminaires et les sondes à injections intra-utérines prolongées.

Ce disque, d'un diamètre de 3 à 4 centimètres, est en caoutchouc malléable. Percé en son centre d'un orifice par où l'on fait pénétrer les objets qu'il doit maintenir. Il est en outre perforé de 8 à 9 petits orifices pour permettre l'écoulement plus facile des liquides. La face supérieure est très lisse, l'autre porte un bourrelet qui sert de prise aux pinces quand on veut le retirer et isole la saillie du bout inférieur des diverses substances introduites dans l'utérus.

Lannelongue pensa que par ce moyen il maintiendrait bien aussi la tige de Lefour et supprima ainsi les points de suture à travers le col. Ses essais furent très favorables.

Rivière, quelque temps plus tard, craignant encore que la tige ne redescendit à travers le disque, ajouta une petite clavette, qui, reposant par ses extrémités sur le plateau-disque, passé par un trou ménagé à cet usage à la partie inférieure de la tige. Ces modifications étaient déjà un grand progrès, mais en outre qu'elles nécessitent une instrumentation assez compliquée, le disque occasionne encore la rétention des sécrétions au-dessus de sa face supérieure et leur communique une mauvaise odeur.

Lannelongue l'avait du reste bien compris, puisqu'il cherche à réduire la surface du disque et lui donne la forme d'une ellipse permettant mieux l'écoulement des sécrétions.

Mais il fallait toujours faire usage d'un pessaire, qui compliquait l'instrumentation et rendait l'introduction du drain plus difficile.

Aussi, lorsque Mouchotte a voulu appliquer le drainage au traitement de l'infection puerpérale, s'est-il préoccupé de ces inconvénients et a cherché à les éviter. Il est arrivé ainsi à la conception d'un drain métallique répondant bien à toutes les exigences du but cherché.

Pour qu'il fut d'une rigidité telle que la couture et l'aplatissement, surtout au niveau de l'isthme, fussent impossibles, il se servit d'un drain métallique.

Sans nuire à sa résistance, il a pu aussi faire des fenêtres, et son appareil se trouve ainsi composé d'un minimum de substance, afin d'éviter l'application sur la surface utérine de larges zones de substances qui, soit en obturant les sinus infectés, soit en maintenant entre elles et la paroi utérine le pus collecté, pussent faire obstacle à l'écoulement rapide du pus hors de l'utérus. Etant d'un nettoyage et d'une stérilisation faciles, il est en outre très commodément introduit dans l'utérus et peut se tenir seul en place sans qu'il soit nécessaire de le fixer au col par des fils ou de le caler par des tampons vaginaux faisant obstacle à l'écoulement du pus.

« Ce drain est constitué, d'après une description de l'auteur, par un tube métallique dont les parois ont été en grande partie enlevées, évidées de telle sorte qu'il ne reste plus de la substance le constituant :

1° Que quatre tiges plates à bords mousses et réduites en largeur aux dimensions minima nécessaires pour assurer à l'appareil une solidité suffisante ;

2° Que trois minces bracelets réunissant ces tiges aux deux extrémités, à leur partie moyenne.

L'appareil est légèrement courbé sur son axe longitudinal, dans son tiers supérieur, et peut ainsi s'accommoder à une antéflexion relative de l'utérus. Il n'est pas obligé de faire violence à l'utérus pour corriger quand même cette antéflexion, car tout en laissant persister cette dernière partiellement, on peut encore obtenir un drainage efficace.

« Cet appareil, mis en place, maintient pendant toute la durée de son application les parois utérines écartées et, par ses huit larges fenêtres, il laisse au pus un écoulement continu, facile, sans obstacle. Somme toute, il réalise à la fois la dilatation permanente de l'utérus et le drainage. Il mérite aussi bien le nom « d'écarteur utérin permanent » que celui de drain utérin ».

Les résultats obtenus ont été excellents ; l'auteur a, en effet, réalisé deux grands progrès sur ses prédécesseurs. Son drain, mis en place, se maintient très facilement seul, sans pessaire, sans tampons vaginaux, et le pus s'écoule largement par ses larges fenêtres. De plus, il l'a gradué d'une façon rationnelle en le rapportant, quant au calibre, aux bougies de Hegar. Le numéro de la bougie introduite à frottement léger dans l'utérus indiquera le drain correspondant à poser.

Six drains suffisent dans la pratique ordinaire :

I. Longueur : 8 cent. avec diamètre correspondant à la bougie de Hegar n° 9 ;

- II. Longueur : 9 cent., diamètre : bougie n° 10 ;
- III. Longueur : 9 cent., diamètre : bougie n° 12 ;
- IV. Longueur : 10 cent., diamètre : bougie n° 13 ;
- V. Longueur : 10 cent., diamètre : bougie n° 15 ;
- VI. Longueur : 10 cent., diamètre : bougie n° 17.

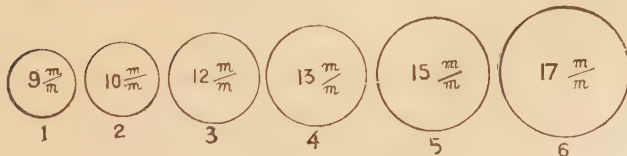
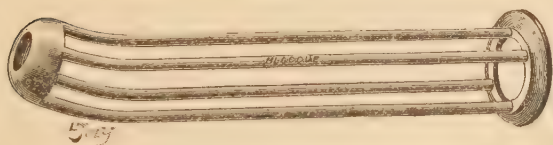
L'année suivante, Mouchotte s'était aperçu que les restes de la muqueuse utérine bourgeonnant activement faisaient saillie dans les fenêtres ; en retirant le drain pour le nettoyer, la bague médiane produisait en général une sorte de râclage de ces bourgeons utérins ; il fit une modification à son modèle.

Le nouvel appareil, de dimension et de grandeur semblable au premier, est formé seulement de quatre tiges métalliques cylindriques réunies à leurs deux extrémités.

Les deux dessins que nous pouvons reproduire ici, grâce à la bienveillance de M. Mouchotte, complèteront bien notre description et donnent une idée exacte des deux modèles.



Drain de Mouchotte, modèle n° 1.



Drain de Mouchotte, n° 2.

Nous ne dirons que quelques mots du drain en porcelaine dont Doléris se sert avec succès dans le traitement des infections puerpérales. Bouchacourt l'ayant un peu modifié, en obtint aussi de bons résultats. Nous ne pouvons discuter plus longuement les avantages ou les inconvénients du drain en porcelaine, n'ayant pas d'expérience de sa pratique ni aucune observation à citer. Nous reproduisons un dessin qui suppléera à la description que nous pourrions en faire.



Drain de Doléris.

Dans la pratique, deux modèles de longueur et de grosseur différentes suffisent :

Deux grosseurs : 16 millim. et 22 millim.

Deux longueurs : 15 cent. et 11 cent.

QUATRIÈME PARTIE

DE LA MÉTHODE ET DE LA TECHNIQUE DU DRAINAGE MÉTALLIQUE

Nous connaissons les divers procédés imaginés pour drainer l'utérus et nous avons vu auquel donner la préférence. Mais si le perfectionnement de l'appareil est d'une grande utilité pour le but à atteindre, la méthode du drainage a au moins une importance aussi considérable que l'appareil.

Avant donc de donner les observations que nous avons recueillies, nous allons, en quelques lignes, parler de la méthode du drainage métallique dans les infections puerpérales *post abortum* et *post partum*.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter l'indication et le moment d'un curettage qu'on aura pratiqué ou non, suivant les circonstances. Nous supposons ces connaissances acquises (1). Qu'il y ait eu curettage ou non, il convient maintenant de débarrasser l'utérus de tous les produits septiques contenus dans sa cavité et permettre leur écoulement parfait hors des voies génitales pour arrêter les accidents toxi-infectieux. En un mot, il faut établir le drainage parfait.

Supposons-nous, en effet, en présence d'un de ces cas dans lesquels le drainage donne de si bons résultats :

(1) PINARD et WALICH. *Traitement de l'infection puerpérale*. Paris, 1896, G. Steinheil, édit.

une infection puerpérale *post abortum* se traduisant par un écoulement purulent fétide et abondant, suintant par un col entr'ouvert.

Dans ces cas sérieux où il faut assurer une large sortie aux lochies fétides et purulentes, tout drainage incomplet sera à rejeter.

C'est dire, le drainage à la gaze ou avec le tube en caoutchouc est insuffisant et même nuisible, car la pose de ces appareils comporte, comme nous l'avons vu, le tamponnement du vagin. *Et c'est cette occlusion vaginale qui rend la méthode défectueuse.* Derrière ces tampons, soit dans l'utérus, soit dans le vagin, le pus s'accumule, se résorbe et donne lieu à des accidents.

Certes, si l'infection est bénigne ou de peu d'intensité, la mèche de gaze utérine, le tube en caoutchouc avec occlusion vaginale n'auraient pas grand inconvénient et donneraient même les résultats attendus. Mais, encore une fois, il n'en sera plus ainsi si les accidents sont graves. Il vaudrait mieux alors ne pas tuber l'utérus et laisser le vagin libre de servir de voie d'écoulement aux liquides spontanément expulsés, plutôt que drainer l'utérus en tamponnant le vagin.

Au contraire, il conviendra, comme l'indique Mouchotte, le drain utérin posé, *de laisser le vagin absolument libre.* Le pus s'y écoule, et on l'en débarrasse par quelques injections vaginales dans la journée. Le pansement sera complété en maintenant à la vulve un tampon de ouate aseptique.

Grâce à cette méthode du drainage utérin avec liberté du vagin, nous arriverons parfaitement à *expulser hors des voies génitales* les liquides septiques retenus dans

l'utérus, comme cela se produit dans les infections vésicales, lorsqu'on place une sonde à demeure dans la vessie.

Mais comment allons-nous poser le drain, et quels sont les soins à prendre lorsqu'il sera en place ?

Nous avons vu comment Mouchotte avait su graduer ses écarteurs par rapport aux bougies de Hégar. Il est ainsi bien facile de trouver le numéro approprié aux cas que l'on veut traiter, en essayant d'abord avec une bougie. Le drain employé devra alors pénétrer à frottement léger et, ainsi introduit, il s'y maintiendra sans point de suture pour le fixer au col, sans tampons vaginaux.

Après l'avoir parfaitement stérilisé, on l'introduira de la façon suivante, indiquée par Mouchotte : « Avec une simple pince-longuelette on saisit une des tiges métalliques plates, un peu au-dessus de la partie moyenne ; on porte alors l'extrémité utérine du drain dans le col, où on l'amorce ; puis, lâchant prise, la pince prend et pousse l'anneau basal en imprimant de petits mouvements de rotation à droite et à gauche ». Les premières fois, cependant, on est quelquefois obligé de fixer le col avec une pince de Museux.

On fera ordinairement deux injections intra-utérines par jour, l'une le matin, directement dans l'utérus, pendant que le drain sera mis à l'ébullition, une autre dans la soirée, à travers le drain laissé à demeure, et dans l'intervalle plusieurs injections vaginales.

Cette méthode, très simple, ne nécessitant pas une instrumentation bien compliquée, nous donne un drainage parfait. Le pus, liquide ou épais, passe très librement à travers les grandes fenêtres du tube jusque dans le vagin, d'où le chassent facilement les injections vaginales.

Les observations que nous avons réunies suffiront à montrer les avantages de ce traitement appliqué aux utérus purpuréaux infectés.

Obs. II (Inédite, communiquée par M. MOUCHOTTE).

Curage. Drainage. Notre maître, le D^r Monod, chirurgien des hôpitaux, nous appelle dans sa maison de santé, le 16 juillet 1903, pour donner des soins à sa femme de chambre qui présentait des accidents infectieux consécutifs à une fausse-couche. Voici l'histoire de la maladie.

E. P..., 34 ans, toujours réglée régulièrement et sans douleurs. Pertes blanches constantes surtout avant les règles.

1^{re} grossesse en 1901. Accouchement à terme, sommet. Enfant né vivant, élevé au biberon. Retour de couches la 5^e semaine, suivi de métrorrhagies pendant 2 mois.

2^e grossesse. Interrompue par fausse-couche actuelle. Dernières règles fin avril. Le 8 juillet, violente métrorrhagie. Les pertes de sang se reproduisent d'une façon intermittente pendant 8 jours. La malade n'ayant pas examiné les caillots ne sait pas si elle a expulsé un produit de conception.

13 juillet. — Violente hémorragie avec douleur. Injections vaginales très chaudes.

14. — Malade très anémiée, face jaune paille.

15. — Expulsion de caillots et de débris placentaires.

16. — Examen. Son col est entr'ouvert et on y sent au toucher un fragment placentaire. T.: 37°8; P.: 140. Curage digital sans chloroforme. Injection intra-utérine. Mèche de gaz iodoformée dans l'utérus.

17. — T. m.: 38°5; P.: 124. Injection intra-utérine. Mèche de gaz stérilisée. T.: 39; P.: 128. Drain métallique.

18. — T. m.: 37°6; P.: 112. Lavage utérin par le drain. T. s.: 38°2; P.: 116. Lavage utérin. On change le drain. Lavages vaginaux.

19. — T. m.: 37°4; P.: 108. T. s.: 38°2; P. 116. Même traitement.

20. — T. m.: 37°2; P.: 100. T. s.: 37°4; P. 108. *Idem*.

21. — T. m.: 36°2; P.: 96. On ne fait pas d'irrigation intra-utérine. T. s.: 37°; P.: 100. Suppression du drain. Grand lavage utérin.

22. — T.: 36°4 et 36°8; P.: 100. Simples injections vaginales. A partir de ce jour la malade va bien, la température reste normale.

OBS. XII (MOUCHOTTE in thèse).

Curage. Drainage. L. C..., 24 ans, entre à l'hôpital Beaujon, service du D^r Bazy, le 22 mars 1902. Premières règles à 12 ans, puis pertes blanches depuis l'âge de 18 ans.

Primipare. Dernières règles, janvier 1902. La grossesse est interrompue par fausse-couche le 10 mars. Métrorrhagies les jours suivants, puis élévation de la température.

22 mars. — A son entrée, T.: 38°7; P.: 116. Colbéant perméable. Le placenta est retenu dans l'utérus. Curage digital. Le placenta extrait est petit, fétide. On fait suivre d'un lavage au permanganate. Ecouvillonnage à la teinture d'iode. Mèche utérine de gaz stérilisée pendant les premières heures. T. s.; 38°2; P.: 116. Drain métallique.

23. — T. m.: 38°; P.: 116. Lavage utérin 2 fois par jour. Drain métallique. Pus.

24. — T.: 37°; P.: 108. Même pansement.

25. — T. normale; P.: 80. Suppression du drain. Apyrexie. Injections vaginales. Exeat en avril. Annexite gauche.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (En collaboration avec M. Corton). — Liquide pipé dans l'utérus.

Cultures aérobies : Stériles.

Cultures anaérobies : *Bacillus perfringens*, *staphylococcus parvulus*. Cocci plus gros, isolés et groupés en courtes chainettes prenant le Gram.

OBS. XIII. — MOUCHOTTE, in thèse
(détaillée).

L. C..., ménagère, 35 ans, entre service du D^r Monod, hôpital Saint-Antoine, le 17 septembre 1902. Multipare.

1^{re} grossesse. Avortement.

2^e et 3^e. Normales.

4^e Interrompue par la fausse-couche actuelle.

Dernières règles, le 16 juin. Vers le 15 août, métrorrhagies peu abondantes pendant 8-10 jours. Alors apparaît une forte fièvre qui cesse après expulsion du fœtus. Les métrorrhagies qui avaient cessé reparaissent le 13 septembre et se prolongent abondantes et accompagnées de fièvre modérée.

17 septembre. — Entrée à l'hôpital. T. m.: 37°6. T. s.: 38°6. Teint anémié. Injection utérine au permanganate.

19. — T. m.: 38°; P.: 104. Curettage à la curette mousse, qui détache des débris placentaires très adhérents. Lavage au permanganate. Technique ordinaire. Pas de frisson. T.: 38°; P.: 108. Drain métallique.

20. — T.: 37°8; P.: 104. Le matin injection intra-utérine, le drain étant retiré pour être stérilisé; le soir, injection dans le drain. Dans la journée quelques lavages vaginaux.

21. — T.: 37°4; P.: 100. Du pus fétide s'écoule par le drain.

22. — T. m.: 36°8. T. s.: 37°5; P.: 100. Il ne s'écoule qu'un liquide glaireux transparent. Suppression du drain.

24. — Température normale.

2 octobre. — Exeat, guérie.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (En collaboration avec M. Carton). — Liquide pipé dans l'utérus avant l'injection utérine.

Cultures aérobies : Staphylocoques blancs et dorés.

Cultures anaérobies : Staphylococcus parvulus. Gros et courts bacilles à bouts carrés prenant le Gram.

OBS. XIV. — MOUCHOTTE, in thèse
(détaillée).

Curage. Curettage Drainage. N..., femme P... Antécédents personnels nuls. Réglée à 11 ans. Règles régulières, non douloureuses, durée de 8 à 10 jours. Depuis l'âge de 14 ans, pertes blanches. Les pertes sont devenues plus abondantes en 1901, verdâtres pendant un certain temps, mais sans douleurs en urinant. Multipare.

1^{re} et 2^e grossesse, l'une à 16 ans 1 2, l'autre à 20 ans. Accouchements à terme, normaux. Pas d'allaitement, et chaque fois, le retour de couches est survenu la 6^e semaine. Suites de couches très favorables.

3^e grossesse, 24 ans. Fausse-couche de 6 semaines, pas de suites fâcheuses.

4^e grossesse, aboutit à fausse-couche actuelle.

Dernières règles, du 18 au 25 octobre 1901. Le 13 décembre, subitement, sans douleur, ni coliques préalables ou concomitantes, la malade perd beaucoup de sang liquide et en caillots. Elle dit ne pas avoir vu le fœtus. Métrorrhagies continuent les jours suivants, malgré cela elle continue son travail jusqu'au 20 décembre. Inquiète de la persistance du flux sanguin, affaiblie, elle appelle un médecin qui fait une piqûre d'ergotine. L'hémorragie persiste.

21. — Nouvelle piqûre d'ergotine.

22. — Le médecin fait le toucher et dit qu'un curetage sera nécessaire. En attendant, il prescrit douches vaginales et fait une piqûre d'ergotine.

Le soir, forte céphalée, fièvre, pas de soif vive, ni douleur abdominale. Selles normales.

23. — La femme entre à l'hôpital Beaujon, service du Dr Bazy, à 5 heures du soir. Curage digital qui extrait une masse placentaire du volume d'une petite mandarine et légèrement fétide. Un curetage complète l'intervention en débarrassant l'utérus des débris décidaux restés adhérents. Même technique. Drain métallique. Nuit : céphalée, fièvre, soif vive.

24. — T.: 39° et 38°8; P.: 140 et 132. On change le drain et irrigue l'utérus. Le soir, 2^e lavage à travers le drain.

25. — T.: 37°5 et 40°; P.: 129 et 140. Frissons. Même pansement.

26. — T.: 27°6; P.: 120. La céphalée disparaît. Du pus s'écoule de l'utérus. Langue humide, pas de douleurs abdominales, urines claires, traces d'albumine. Un seul lavage utérin par le drain.

27 et 28. — P.: 108. Un seul lavage par jour. Suppression du drain.

29. — Deux injections vaginales. Le coton vulvaire n'est même pas taché par les lochies.

Exeat le 9 janvier. Guérie.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (Collaboration Rist). — Liquide utérin pipé le lendemain du curettage.

Cultures aérobies : Streptocoque pyogène.

Cultures anaérobies : Gros cocci, gardant le Gram. Bacillus perfringens (très virulent) ; bacille court, gros bacilles à bouts carrés.

Obs. XV (Inédite, communiquée par M. FOISY, interne des hôpitaux).

Curage. Curettage. Drainage.

B..., 30 ans. Entre salle Huguier, le 1^{er} mai 1903, service du Dr Bazy.

Elle a déjà eu 9 fausses-couches. A la dernière était enceinte de 3 mois, dernières règles en janvier.

26 avril. — Elle a perdu les eaux et du sang ; le lendemain, expulsion d'un fœtus.

28. — Elle perd du sang, mais peu ; le mardi 29, davantage.

30. — Elle prend des injections très chaudes qui arrêtent un peu ses pertes *Frisson*. T. axillaire : 38°7.

Les médecins traitants essayent de retirer le placenta et échouent dans leurs manœuvres.

1^{er} mai. — Entrée à l'hôpital. Elle perd à ce moment beaucoup de sang avec des caillots. T. : 38°.

Au toucher, on trouve le col légèrement ouvert et le segment inférieur mince et dilatable. Le doigt sent dans l'utérus le placenta décollé en bas, mais adhérent en haut où il existe enchâtonnement. Avec le doigt on retire alors la partie inférieure et à la curette mousse on ramène le reste. Drain métallique (Mouchotte).

2. — Pas de température ni pertes.

3. — Lochies légèrement fétides, pas de température. On enlève le drain et on touche l'intérieur de la cavité utérine à la glycérine créosotée. Mèche vaginale.

6. — Exeat sur sa demande. Guérie.

OBS. XVI (Inédite, communiquée par M. DIEL, interne des hôpitaux).

H. C..., entre à l'hôpital Saint-Antoine, service du Dr Monod, le 16 juin 1903. Réglée régulièrement, pas d'antécédents personnels.

Dernières règles le 22 avril. Le 12 juin, elle fit une fausse couche d'environ 6 semaines, et entre dans le service pour métrorragies abondantes consécutives.

Examen. — Au toucher on trouve un col mou entr'ouvert, et au spéculum on voit s'écouler par son orifice des caillots et des membranes. T.: 38°4.

17 juin. — Curettage. Lavage intra-utérin.

18. — T. m.: 37°9. La malade est assez bien. T. s.: 38°2.

19. — T. m.: 38°. On place un drain métallique (Mouchotte).

20. — Etat stationnaire. T.: 37°8.

21. — Frissons, quelques vomissements. T.: 39°; P.: 130. Ventre ballonné. Injections intra-utérines. Lavages vaginaux. Sérum.

22. — Etat grave, diarrhée fétide. T. m.: 38°4; P.: 120. On change le drain, on l'aseptise. Lavage utérin. Sérum. Ventre moins douloureux, lavages vaginaux. T. s.: 38°6. Nouvelle irrigation intra-utérine. P.: 130.

23. — Amélioration considérable. T. m.: 37°8; P. bon.

25, 26. — T.: 37. Amélioration se continue. On supprime le drain. Lavages vaginaux. Apyrexie à partir de ce jour.

30. — Exeat. Guérie.

OBS. XVII. — MOUCHOTTE, in thèse
(détaillée).

X..., réglée à 14 ans, polisseuse sur marbre, 18 ans. Les règles non douloureuses sont irrégulières. Pas de pertes blanches ni douleur abdominale, 2 grossesses.

1^{re} grossesse. Terminée en décembre 1900, par accouchement à terme. Sommet. Enfant né vivant. Elevé au sein maternel. Suites de couches normales.

Le 30 décembre, la femme est l'objet de manœuvres abortives de la part de son amant (Injection utérine d'eau boriquée, pratiquée avec une canule en ébonite non aseptisée).

Immédiatement après l'injection la femme perd du sang liquide et en caillots. Elle se couche toute la journée, elle éprouve alors des coliques utérines, des douleurs expulsives et souffre dans les reins.

Le lendemain, coliques utérines et hémorragies ayant cessé, la femme se lève, mais éprouve des sensations de tiraillement dans le bas-ventre.

Le 2 janvier 1903, le sang s'écoule subitement en grande abondance. La femme quitte son travail, rentre chez elle, où elle continue à perdre du sang par intermittence jusqu'au 15 janvier. Elle se décide à faire appeler un médecin qui ordonne injections au sublimé.

Dans la nuit du 16 au 17 janvier, expulsion de gros caillots et d'un petit fœtus.

17. — Injection vaginale. La femme se trouve bien. Dans la nuit du 17 au 18, à une heure du matin, frisson intense durant une heure environ, céphalée. Lochies jaunâtres.

18. — A 10 heures du matin, frisson d'un quart d'heure. Un médecin donne une injection, dont le liquide ressort très sale. Lochies fétides.

La femme est alors amenée à l'hôpital Saint-Antoine, service du Dr Monod, à 6 heures du soir. T.: 38°8; P.: 132. Au toucher, utérus gros, légèrement sensible, l'orifice utérin entr'ouvert et l'index introduit arrive sur le placenta. Culs-de-sac souples, non douloureux. Les annexes paraissent saines.

Curage digital. Placenta très fétide. Injection utérine. Léger curetage à la curette mousse. Grand lavage utérin au permanganate. Drain métallique Mouchotte N° 1.

Nuit bonne.

19. — T. m.: 37°; P.: 100. Lavage utérin. Il ne s'écoule qu'une minime quantité de pus par le drain. T. s.: 36°8; P.: 96. Injection vaginale.

2^e grossesse. — Interrompue par la fausse couche actuelle. Dernières règles, fin octobre au 3 novembre 1902.

20. — T. m.: 36°9 ; P.: 92. Injection utérine. Drainage malgré le faible écoulement utérin. T. s.: 37 ; P.: 96. Etat bon. Selle. Miction normale.

21. — T. m.: 36°8 ; P.: 88. Injection utérine. Ablation du drain. Soir: Injection vaginale. T.: 36°8 ; P.: 88.

22. — T. m.: 36°4 ; P.: 76. Injection vaginale. T. s.: 36°4.

A partir de ce jour, apyrexie. Injections vaginales biquotidiennes. L'amélioration se continue.

25. — La malade quitte le service pour se reposer chez elle.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (avec Rist).

Cultures aérobies: Rares colonies de staphylococcus citreus.

Cultures anaérobies: Nombreuses espèces.

OBS. XVIII (Inédite, communiquée par M. Juy, interne des hôpitaux.

S. M..., ménagère, 27 ans, entre à l'hôpital Beaujon, service du D^r Bazy, le 13 septembre 1903.

Multipare, 2 accouchements normaux, le dernier il y a 5 ans. Premières règles à la fin juin. Le 5 août, violentes douleurs abdominales et pertes de sang.

Le 8, hémorragies très abondantes arrêtées cependant par injections chaudes. Elle continue ce traitement et garde le repos jusqu'à la veille de son entrée, où elle a voulu travailler. Le soir, hémorragies violentes.

13 septembre. — A l'examen on trouve lochies fétides, mais pas de sang. L'écoulement est jaune, épais, de mauvaise odeur. T.: 37°4.

15. — T. m.: 38°2. Curettage et drain dans l'utérus soigneusement irrigué au préalable. T. s.: 38°8.

16. — T. m.: 37°4. T. s.: 38°.

18. — A partir de ce jour, apyrexie. Le 19, on enlève le drain.

27. — Exeat. Guérie.

Obs. XIX (Inédite, communiquée par M. Foisv, interne des hôpitaux).

G..., Angèle, ménagère, 33 ans. Dernières règles le 16 avril 1903. Entre le 31 mai, hôpital Beaujon, service du Dr Bazy. A eu déjà deux accouchements, qui se sont bien passés.

Depuis le mardi 26 mai, douleurs abdominales violentes. Elle a perdu de l'eau et des glaires.

Les douleurs continuent jusqu'au samedi 30 mai, où elle perd du sang en caillots.

31 mai. — Date de son entrée. T.: 38°5. On fait un curage digital dans la soirée. Le placenta, qui était descendu dans le vagin et le col est retiré. Mèche aseptique, après irrigation utérine.

1^{er} juin. — Lavage intra-utérin à l'eau bouillie. T. s.: 39°5.

2. — T.: 37°4. Lochies fétides, curettage qui ramène la muqueuse fétide et quelques débris placentaires. Drain (Mouchotte).

3. — T.: 37°.

4. — T. s.: 38°. On fait un lavage à l'eau oxygénée.

5. — T. m.: 36°8. T. s.: 37°8. On continue lavages utérins par le drain avec l'eau oxygénée.

Les jours suivants, la température oscille entre 37° le matin et 37°4 le soir. Même traitement.

13-14. — La température est tout à fait normale, on enlève le drain.

17. — Exeat. Guérie.

Obs. XX (Inédite, communiquée par M. Foisv, interne des hôpitaux).

G..., Antoinette, 29 ans. Entrée le 16 juin à l'hôpital Beaujon, service du Dr Bazy.

Avortement provoqué 12 jours avant par injections intra-utérines d'eau de savon avec une canule rectale et depuis ce jour les pertes rouges n'ont pas cessé.

16. — Entre à minuit, *facies cireux*, lèvres décolorées, *pouls filiforme*, suintement sanguin. Sérums : 2 litres. DÉLIRE. T. : 38°2.

17. — T. m. : 39°. A l'examen, col peu perméable. Curettage, on retire un paquet placentaire et une caduque épaissie, non fétide. Drain Mouchotte, et injection d'un litre de sérum dans la journée. P. s. : 39°3.

18. — T. m. : 38° ; P. : 116. Rétention d'urine, ventre ballonné. Délire. 1 litre de sérum T. s. : 38°6 ; pouls mal frappé et mou, 130. Délire. On lave la cavité deux fois par jour à travers le drain avec de l'eau oxygénée.

19. — T. m. : 38° ; T. s. : 38°8. Lavages intra-utérins.

20. — T. m. : 37°8 ; T. s. : 38°2. Même traitement.

21. — T. m. : 37° ; T. s. : 37°8. Idem.

22. — T. m. : 37°8 ; T. s. : 38°2. Idem.

23. — T. m. : 37° ; T. s. : 37°2. Grande amélioration.

24, 25, 26. — Le mieux s'accroît.

30. — La température est définitivement normale. On retire le drain.

Quelques jours après la malade sort guérie.

Obs. XXI (MOUCHOTTE, in thèse).

K..., 25 ans, lingère, entre à l'hôpital Beaujon, service du Dr Bazy, le 16 mars 1902. Multipare. Dernières règles, fin octobre 1901.

Le 23 janvier elle se fait des injections intra-utérines à l'eau de Cologne et le 24 elle perd un peu de sang, puis sans douleurs expulse un fœtus. Le 6 février, elle reprend son travail et constate alors des métrorrhagies, puis le 10, nouvelles pertes de sang occasionnant grande anémie. Le médecin appelé ordonne injections chaudes au sublimé et repos au lit.

11, 12, 13. — Métrorrhagies.

16. — Examinée par un autre médecin qui craint une tumeur fibreuse, elle entre à l'hôpital.

16. Examen. T. : 38°8 ; P. : 132. Femme exsangue très pâle, culs-de-sac souples et non douloureux. Placenta en partie engagé dans le col, on l'extrait par curage digital et est très fétide. Der-

rière lui sortent des caillots putrilagineux. Curettage à la curette mousse, débris placentaires. Technique ordinaire. Drain mouchette.

Sérum, 800 grammes. La cuisse gauche est légèrement œdématisée et la femme éprouve quelques douleurs.

17. — T. m. : 38°8; P. : 136; T. s. : 38°5; P. : 144. Lavages biquotidiens. Drain. Phlegmatia gauche. Immobilisation.

18. — T. m. : 37°5; P. : 132; T. s. : 38°2; P. : 148. Même pansement. Sérum. Frisson après-midi. Vomissements alimentaires.

19. — T. m. : 37°; P. : 132. Nausées, grande faiblesse, vue trouble, rétention d'urine, cathétérisme qui retire 1,110 cent. cubes d'urine. Même traitement. Soir, frisson. T. s. : 38°8.

20. — T. m. : 37°8; T. s. : 38°6; P. : 140. Pâleur cireuse, persistante. Langue humide, mais vue améliorée. Même traitement. De l'utérus s'écoule un pus épais, jaune, non fétide.

21. — T. : 38°; P. : 132. Même traitement. Sérum. Sensation de brouillard devant les yeux. Insomnie.

22-26. — T. : 38°; P. : 132-144. Agitation, jambe droite engourdie. Même traitement. Anémie extrême prouvée par numération globulaire.

26. — T. m. : 38°; P. : 136; T. s. : 39°2; P. : 148. Insomnie, pas de sérum. Même traitement.

27. — T. m. : 37°6; P. : 132; T. s. : 38°6; P. : 148. Jambe œdématisée. Sérum.

28-29. — T. m. : 37°2; P. : 136; T. s. : 38°; P. 138. Pus utérin abondant, fluide. Sérum. Diarrhée.

30. — T. m. : 38°; P. 134; T. s. : 39°8; P. : 140. Pas de pansement utérin. Engourdissement de la main gauche.

31. — T. m. : 38°; P. : 134; T. s. : 38°8; P. : 140. Langue humide, ventre souple. Urines jaunes avec dépôt purulent. Même aspect, le pus est de nouveau épais avec débris sphacelés. On recommence lavages par le drain. Lavages vaginaux.

1^{er} avril. — T. : 37°6.

2. — T. m. : 37°4; P. : 132; T. s. : 38°; P. : 140. Phlegmatia droite. Immobilisation. Urines troubles. Même traitement.

3. — T. m. : 40°; P. 160. Frisson, toux légère, rien à l'auscultation. Même traitement. T. s. : 37°8.

5-8. — T.: oscille entre 38° et 39°; P.: 130. Même traitement. Pus abondant. Somnolence.

9-12. — T.: 37°2 et 37°8; P.: 124-140. Moins de somnolence. Ventre souple. Pus abondant. Sérum. Le 11 et 12 un lavage. Urines troubles, nauséuses, mais peu d'albumine.

13. — T.: 39°4; P.: 144. Frisson.

14. — T.: 37°4 et 38°4. Même traitement.

15-16. — Amélioration. T.: 37°-38°. Urines claires. Selles normales. Moins de pus. La malade se nourrit.

17. — Même température, même traitement. Phlébites diminuent.

18. — T. m.: 37°; P.: 132. Frisson, vomissement. T. s.: 39°. Urines un peu purulentes, frisson. Même traitement.

19. — T. m.: 38°4; P.: 132. Frisson. T. s.: 39°; P.: 140. Vomissement, pâleur très intense. Malade mal, urines purulentes.

20. — T.: 37°. Frisson; P.: 128-130. Un lavage. Pus utérin.

21. — T.: 36°6. Malade mieux. Même traitement, anémie diminuée. T. s.: 37°4.

22-26. — T.: 37°; P. 116-120. Pus diminue. Amélioration.

26. — Suppression du drain.

26-28. — T.: 36°6. Injection utérine le matin. Lavages vaginaux dans le jour.

29. — A partir de ce jour la malade se rétablit vite et quitte le service guérie.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (Collaboration Rist). — Lochies pipées in utéro avant le curettage.

Cultures aérobies. — Streptocoque pyogène.

Cultures anaérobies. — Streptocoque anaérobie virulent.

OBS. XXII (MOUCHOTTE, in thèse).

Curettage. Drainage. X..., femme Y..., 22 ans, repasseuse. Réglée à 13 ans. Règles toujours irrégulières.

1^{re} grossesse à 16 ans. Accouchement spontané à terme d'un enfant vivant. Pas d'allaitement maternel. Suites de couches normales.

2^e grossesse. Interrompue par la fausse couche actuelle. Dernières règles 15 novembre.

3 février. — A 10 heures du matin perte de sang et d'eau (Avortement provoqué, renseignements complémentaires refusés). Le soir, fièvre.

4. — A 8 heures du matin, expulsion du fœtus. Fièvre, céphalée. Frissons nombreux, mais de courte durée. Le soir, expulsion du placenta. Injections vaginales au sublimé.

5. — Fièvre. Soif vive. Météorisme. Constipation.

6. — Idem. Insomnie, nausées. Entrée à l'hôpital Saint Antoine, service du Dr Monod, le soir à 6 heures. T. : 38° ; P. : 140. Injection utérine au permanganate de potasse. Utérus gros, sensible ; culs-de-sac vaginaux libres non douloureux ; col ouvert.

7. — T. m. : 37°6 ; P. : 132. Vomissements bilieux très abondants. Légère dyspnée. Ventre très météorisé. Curettage fait par M. Belgrand, interne. La curette ramène des débris décidaux et des caillots non fétides. Pas de frisson. T. s. : 37°5 ; P. : 132. Vomissements la nuit.

8. — T. m. : 37°5 ; P. : 120. Céphalée. Quelques vomissements. Dyspnée légère. T. s. : 37 ; P. : 124. Lavages utérins biquotidiens. Drainage.

9. — T. : 37° et 37°2 ; P. : 104 et 120. Diarrhée. Même traitement.

10. — T. : 36°8 et 36°6 ; P. : 100. Ventre encore un peu météorisé ; mais souple, non douloureux. Même traitement.

11. — T. : 36°6 et 36°4 ; P. : 96. Drainage utérin continué jusqu'au 12, puis injections vaginales.

Exit sur sa demande, malgré les recommandations médicales.

Obs. XXIII. — MOUCHOTTE, in thèse
(détaillée).

X. ., femme Y..., 36 ans, ménagère. Fluxion de poitrine et fièvre typhoïde dans l'enfance. Réglée régulièrement depuis l'âge de 14 ans. Mariée à 16 ans 1/2. 8 grossesses.

7 premières se passent bien, et les enfants sont tous élevés au sein. Suites de couches physiologiques.

8^e grossesse. — Dernières règles le 11 mai 1902. Fin juillet, un samedi, tentative abortive renouvelée les trois samedis suivants. Chaque fois, forte hémorragie de 5 minutes. Fin août, métrorrhagie plus violente nécessitant un repos au lit de neuf jours. La perte cesse et la femme se lève.

14-17 septembre. — Métrorrhagies abondantes. Expulsion de nombreux caillots. La femme ne sait pas si le fœtus est expulsé. La nuit, on l'amène à l'hôpital et on pratique un tamponnement pour arrêter l'écoulement sanguin.

18. — T. m.: 36°. Femme pâle très anémiée. Soir : 37°4.

19. T. m.: 38°2. Ablation du tamponnement. Au toucher, utérus antéfléchi, gros, mou; col ouvert. Le doigt sent un fragment placentaire. Curage digital suivi d'un curettage à la curette mousse qui ramène des débris placentaires très adhérents et légèrement fétides. Injection utérine au permanganate. Technique ordinaire. T. s.: 39°8.

20. — T. m.: 37°8; P.: 120. Ablation de la mèche utérine imbibée de pus et fétide. Drain métallique. Injections vaginales au permanganate. Occlusion vulvaire ouatée. T. s.: 38°8; P.: 128. Lavage utérin.

21. — T. m.: 37,4; P.: 116. Le drain renferme un magma noirâtre très fétide. Injection utérine à l'eau oxygénée. Pas de selle. Lavement. Urines bonnes; état général satisfaisant, malgré la pâleur et l'affaiblissement dus à l'anémie. Ni céphalée, ni frisson. Ventre souple, peu douloureux. T. s.: 39°6; P.: 120. Lavage utérin.

22. — T. m.: 37°4; P.: 108. Toux sèche. Auscultation : rien. Même traitement utérin matin et soir. T. s.: 39°7.

23. — T. m.: 37°5; P.: 116. Par le vagin s'écoule continuellement du pus gris sale, peu fétide. Même traitement matin et soir. T. s.: 38°3; P.: 124.

24. — T. m.: 38°2; P.: 120. Toux sèche, quelques râles sous-crépitants à la base gauche. Ventouses. Cœur : souffle intense au 1^{er} temps à la pointe. Même traitement. Le pus semble moins épais. T. s.: 39°7; P.: 120.

25. — T. m.: 37°7; P.: 112. Drain métallique n° 1. Même traitement.

26-27. — T.: 37° et 38°5. Même traitement. Le pus, moins abondant, a un aspect presque aqueux et n'est plus fétide.

28. — T. m.: 37°3; P.: 108. Même traitement, amélioration se continue. T. s.: 37°2; P.: 112.

29. — T. m.: 37°8; P.: 116. T. s.: 37°8; P.: 120. Il ne s'écoule que peu de pus. Suppression du drain.

1^{er} octobre. — T.: 37°; P.: 112. Lavage utérin.

3. — T. m.: 37°; P.: 104. Injections vaginales. T. s.: 39°; P.: 116. Douleur dans une cuisse, puis gonflement.

4. — T. m.: 39°; P.: 116. Phlébite légère. Le membre est immobilisé dans une gouttière. T. s.: 38°4; P.: 124.

5. — T. m.: 38°6. Injections vaginales. T. soir : 39°6

6. — Idem.

7. — T. m.: 38°2; T. s.: 38°5; P.: 116.

8. — T.: 37°8; P.: 112.

Apyrexie à partir de ce jour et le pouls, le 18, est normal.

25. — Cuisse massée et a diminué de volume.

2 novembre. — Mouvement de flexion.

7. — La malade reste pâle, anémiée. Son utérus est mobile, bien revenu sur lui-même.

Exeat. Se reposera chez elle.

Obs. XXIV. — MOUCHOTTE, in thèse
(détaillée).

C. . . , femme S. . . , 33 ans, ménagère, entre service du Dr Bazy, la nuit du 17 au 18 avril. Bien réglée. Quelques pertes blanches.

1^{re} grossesse. — Gémellaire, accouchement à 7 mois 1/2 de deux enfants vivants. Suites de couches normales.

2^e grossesse. — Interrompue par la fausse-couche actuelle.

Dernières règles : 18 janvier 1902.

Vers le 10 mars, perte de sang avec quelques coliques se manifestant pendant quelques jours, avec plusieurs jours d'intervalle.

1^{er} avril. — Pendant son travail, la femme est prise d'une violente hémorragie; elle se couche, et un médecin appelé ordonne injections au sublimé et repos au lit.

Les jours suivants, quelques coliques avec perte d'un peu de sang liquide.

7. — Coliques violentes suivies de l'expulsion d'un fœtus.

8. — Un médecin appelé, sans faire le toucher et ne s'occupant pas si le délivre est retenu, prescrit injections de sublimé.

9. — Expulsion de gros caillots et un peu de fièvre.

14-15-16. — Céphalée, fièvre, soif vive, frissons.

La patronne de la malade, inquiétée par l'hémorragie et l'état fébrile, amène un nouveau médecin qui décide le transport à l'hôpital.

18. — Un peu de délire la nuit. A l'examen, les téguments ont une coloration en rapport avec une anémie profonde. Langue humide très saburrale. Céphalée, anorexie, soif vive, grande faiblesse. T.: 38°8; P.: 128. Ventre souple, non douloureux. Utérus gros, antéfléchi. Un morceau de placenta apparaît à l'orifice externe de l'utérus. On fait curettage et lavage, technique ordinaire. Drain.

Pas de frisson consécutif, un peu d'agitation. Sérum : 1,000 gr. T. s.: 37°5; P. 120. Soir, injection par le drain; nuit sans sommeil.

19. — T. m.: 38°8; P.: 128. Drain changé, lavage au permanganate.

Pus fétide. Deux injections vaginales au permanganate.

T. s.: 38°6; P.: 116. La malade se trouve mieux. Lavage par le drain. Urines bonnes.

20. — T. m.: 37°4; P.: 100. Même pansement. Selle après lavement. T. s.: 39°5; P.: 136.

21. — T. m.: 36°8; P.: 104. Grande amélioration. Même traitement.

22. — T. m.: 37°; P.: 100. Du pus s'écoule encore.

23. — T.: 36°8; P.: 92. Le pus est fluide. Même pansement.

24. — T.: voisine de la normale, plus de pus; le drain est supprimé.

25. — On commence à alimenter la malade. Apyrexie continue.

2 mai. — Exeat. Guérie.

Obs. XXV (MOUCHOTTE, in thèse détaillée).

C. P..., 34 ans, sans profession, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service du Dr Monod, le 12 novembre 1902.

Fièvre typhoïde à 14 ans.

Réglée à 16 ans. Les règles toujours irrégulières, peu abondantes, s'accompagnaient de douleurs. Elles n'apparaissent que toutes les six semaines. Légères pertes blanches vers 19 ans.

1^{re} grossesse. Fausse-couche de 3 mois. Suites apyrétiques.

2^e grossesse en 1896. Accouchement spontané au 8^e mois. Sommet, enfant né vivant et élevé 13 mois au sein maternel. Suites de couches normales. Retour de couches le 15^e mois.

3^e grossesse. Interrompue par la fausse-couche actuelle. Dernières règles, le 30 juillet.

Le 7 novembre, après avoir éprouvé pendant quelques jours des douleurs rénales, la femme perd de l'eau rousse, le lendemain, du sang pur, liquide, puis des caillots. Les métrorrhagies persistent jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Le 9 novembre. — Frissons qui durent un quart d'heure.

Le 10. — Céphalée, constipation. Les pertes sentent très mauvais.

Le 11. — En allant aux cabinets, quelque chose de gros sort du vagin et tombe. La femme n'a pu constater si c'était le fœtus qu'elle venait d'expulser.

Le 12. Elle entre salle Cruveilhier. T. 38°4. Rien de particulier au toucher. Notre collègue Gaudeau fait une injection utérine.

13. — T. m.: 38°4. Injection utérine au permanganate. T. s.: 39°4; P.: 100. Même traitement.

14. — T. m.: 38°2; P. 124. Curettage à la curette mousse. Injection utérine au permanganate. Ecouvillonnage à la teinture d'iode. Mèche de gaz stérilisée dans l'utérus et le vagin. La curette a ramené des débris fétides.

T. s.: 38°4; P.: 104. Ablation des mèches. Injection utérine au permanganate. Mèche vaginale.

15. — T. m.: 39°3; P.: 100. Drain métallique Mouchotte 9/12

après injection utérine. Pas de mèche vaginale, occlusion vulvaire ouatée. Injections vaginales dans la journée.

T. s.: 37°2; P.: 96. Injection utérine dans la cavité du drain qui a laissé sortir une notable quantité de pus légèrement fétide.

16. — A partir de ce jour la température demeure au-dessous de 37° et le pouls oscille entre 80 et 84. On continue cependant le drainage utérin jusqu'au 24, date à laquelle l'utérus ne laisse plus suinter qu'un liquide à peine purulent, presque tout à fait clair.

20. — Le drain 9/12 est remplacé par un plus petit, 9/10 qui, lui-même, est changé le 22 pour un 8/9.

Chaque jour on a sorti le drain de l'utérus le matin afin de l'aseptiser. Pendant ce temps on fait une injection utérine au permanganate. Le vagin est toujours resté libre, ce qui a permis plusieurs injections vaginales quotidiennes. Le soir on faisait injection intra-utérine dans la cavité du drain. Les deux derniers jours de drainage, la femme a pu se lever pour aller aux cabinets et le drain est resté en place sans contention spéciale.

Exeat le 29 novembre, en bonne santé.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (Liquide pipé *in utero*, avec le curetage, mais après 3 injections utérines au permanganate). En collaboration avec Rist.

Cultures aérobies. — Streptocoque.

Cultures anaérobies : Petit bacille très mince et court paraissant voisin du *B. fragilis* de Veillon et Zuber; un streptocoque ou aérobie gardant le Gram; un coccus de dimensions très irrégulières perdant le Gram, affectant l'arrangement en diplocoques ou en tétraïdes, déjà rencontré à plusieurs reprises par Rist dans les suppurations utérines et annexielles.

Obs. XXVI (Communiquée par M. BRISSY, interne des hôpitaux).

Infection puerpérale *post-partum*.

M. S..., 48 ans. Primipare. Entre le 3 janvier 1904 à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Rochard.

Cette femme accouchée en ville, il y a 5 jours, est refusée à la Maternité (absence de place) est reçue en chirurgie.

4 janvier. — T.: 38°. Lochies sales, sans odeur. Lavages utérins à l'eau oxygénée.

5. — T. m.: 40°. On met dans l'utérus un drain métallique Mouchotte, n° 14/21. Dans la journée, on fait deux injections vaginales à l'eau oxygénée. Ce jour, il s'écoule des voies génitales du *pus en abondance*, écoulement qui contraste par son intensité avec celui de la veille. Cet écoulement est fétide. Le soir, la température est descendue à 38°.

6, 8, 10. — On continue le drainage, la température décroît progressivement; le 10 elle est normale. Un drain plus petit est mis en place, puis enlevé (le drain, sans doute trop petit, fut retrouvé dans le vagin).

La malade avait, en outre, pendant ce traitement, reçu plusieurs injections de sérum.

Elle quitte le service en février, complètement guérie.

Obs. XXVII (Résumée, communiquée par M. BRISSEY, interne des hôpitaux).

A..., 33 ans. Multipare. Entre à l'hôpital Tenon dans le service de M. Rochard, le 13 février 1904.

Du 4 au 13 février, métrorrhagies incessantes.

Le 5 mars. — Avortement suivi d'une hémorragie grave qui nécessite l'extraction digitale du placenta.

6. — T.: 38°.

7. — T.: 39°. Curetage. Tamponnement utérin à la gaz.

8. — T.: 39°. Drainage utérin pendant 2 jours avec un drain métallique Mouchotte. La température s'abaisse. L'utérus revient très rapidement sur lui-même, et le 11 mars on ne peut réintroduire le drain. Guérison.

Pour bien montrer l'efficacité du mode de drainage que nous préconisons, nous citerons encore deux observations tout à fait concluantes. Pendant le traitement, le

drain avait été enlevé par mégarde dans le premier cas ; dans l'autre, on voulut retirer le drain pour l'aseptiser, et on ne peut le remettre, le col s'étant refermé rapidement. Pendant cette suspension du traitement, la température s'éleva très rapidement, pour baisser très vite dès la reprise du drainage.

OBS. XXVIII. — MOUCHOTTE, in thèse
(détaillée).

M..., L., 37 ans, blanchisseuse. Réglée bien régulièrement à partir de 16 ans. Bronchite il y a 2 ans.

7 accouchements de 1885-1897. Tous à terme et spontanément, sauf le dernier, accouchement prématuré à 8 mois. Suites de couches également normales.

Il y a 4 ans elle se sépare de son mari. Le 18 juin 1902, suppression des règles, grossesse interrompue le 10 août par manœuvres abortives. l'œuf est expulsé en un temps. Quelques heures après, fièvre suivie pendant 3 jours de céphalée, qui disparaît. Au troisième jour, frisson, mais ventre non douloureux.

Depuis, fièvre avec pertes sanguines et fétides, constipation jusqu'à son entrée à l'hôpital Saint-Antoine, le 22 août 1902, à 3 heures du soir, d'après les conseils d'un médecin.

A l'examen, langue saburrale, légers battements des ailes du nez, facies tiré. T.: 40°2 ; P.: 108. La vulve et la face interne des cuisses ont une coloration vineuse et sont excoriées par les lochies brunâtres, sanieuses très fétides. Lavage au permanganate, curetage. Technique ordinaire. Mèche. Pas de frisson consécutif. T.: 38°1 ; P.: 104.

23 août. — T. m.: 37°6 ; P.: 96. Facies rouge, battements des ailes du nez, pas de météorisme ni douleur abdominale. Le matin, lavage utérin. Drain Mouchotte. Soir, lavage sans le drain, pus épais. T.: 39°9 ; P.: 104. Depuis son entrée elle souffre de la face postérieure des avant-bras un peu tuméfiée.

24. T. m.: 37°4 ; P.: 84. Drainage utérin parfait. Même traitement. L'érythème vulvaire a presque disparu. T. s.: 36°6.

25. — T. m.: 38°6 ; P.: 96. Même traitement. Lavages vaginaux.

26. — Idem.

27. — T. m.: 38°1 ; P.: 92. Les deux avant-bras tuméfiés. T. s.: 40°3 ; P.: 96. Nuit bonne.

28. — Facies calme. Urines légèrement hématuriques et albumineuses. T. m.: 38°8 ; P.: 92. Langue humide, blanche, ventre souple, non douloureux. Constipation (purge). Un peu de congestion à la base des poumons. Léger souffle au premier bruit et à la pointe du cœur. Avant-bras tuméfiés, rouges, œdémateux. Pansement utérin, pus très épais, fétide. On change le drain. Lavages utérins au permanganate, iode. Incision sous chloroforme des bras, dont il s'écoule beaucoup de pus, jaune pâle, presque blanc, épais, non fétide, qui a provoqué des décollements musculaires. Drainage. Pansement aseptique. T. s.: 38°8 ; P.: 100. Langue humide. Café, lait, potage.

29. — T. m.: 36°8. Même traitement. Lavages vaginaux. Pansement des bras. T. s.: 37°6.

30. — T. m.: 36°6 ; P.: 100. Même traitement. Par le drain sort du pus épais et des magmas de muqueuse sphacélée. T. s.: 38°8 ; P.: 104.

31. — T. m.: 36°8 ; P.: 96. Frisson intense, mais les exsudats membraneux qui avaient envahi le col ont disparu. Pus abondant, épais, fétide, s'écoule avec quelques débris sphacelés. T. s.: 36°5.

1^{er} septembre. — T. m.: 36 ; P.: 96. Même traitement.

2. — T.: 38°2. Sensation de froid le matin. On ne fait pas de lavage utérin. T. s.: 39°2 ; P.: 108. Drain changé, lavage.

3. — T. m.: 36°8 ; P.: 184. Nuits bonnes. Langue humide, faim. Pas de céphalée ni douleur abdominale, facies excellent. Depuis son entrée, lavements tous les 2 jours, suivis de selles légèrement diarrhéiques. Urines acajou, rate grosse, pouls régulier, mais faible. Lavages vaginaux, pansement utérin le soir. T. s.: 36°7 ; P.: 92.

4. — T. m.: 36°. Un seul lavage utérin. T. s.: 38°8. On revient aux lavages biquotidiens.

5. — T. m.: 38°5 ; P.: 96. 2 lavages utérins. On change le drain

le matin, lavages vaginaux, occlusion vulvaire ouatée. Bras guéris. T. s.: 39°1; P.: 104.

6. — T. m.: 37°. Vers 10 heures, frissons. La température monte à 40°. Etat mal. Pas de lavage utérin. Le soir, pansement utérin. « On s'aperçoit alors qu'on avait oublié de remettre le drain la veille. » On le remet.

7. — T. m.: 37°8; Traitement régulier avec lavages utérins et vaginaux. T.: 37°8; P.: 92.

8. — T. m.: 36°6. Pansement. Léger frisson. Le soir, par le drain changé, on voit s'écouler des débris de muqueuse sphacélée. T.: 39°. Plaies des bras guéries. Urines peu abondantes, jaunes, fétides. Nuit, cauchemars.

9. — T. m.: 37°6; P.: 90. Pansements réguliers. T. s.: 39°.

10. — T.: 38°4; P.: 88° Amélioration, pus moins épais et peu fétide.

12-13. — T.: 36° et 36°8 Même traitement. P : 84

14. — Apyrexie se continue. Amélioration, nuits bonnes, appétit. Un seul lavage utérin, lavages vaginaux, pus glaireux, urines encore rouges et fétides. Potage, lait, viande Grande faiblesse.

15-16. — Encore quelques débris sphacelés sortent par le drain, mais mieux notable.

17. — Plus de débris sphacelés, pus non fétide. On met un petit drain en caoutchouc qui est vite expulsé Lavages vaginaux.

18. — On cesse drainage, lavages vaginaux. Température normale.

19-20. — Même traitement.

27. — La malade se lève.

28. — Col gros, encore quelques glaires. Exeat en bon état.

Obs XXIX (Inédite, due à l'obligeance de M. Foisy, interne des hôpitaux).

L. L..., 21 ans, couturière. Entrée à l'hôpital Beaujon, service du Dr Bazy, le 31 mai 1903. Dernières règles le 24 avril.

25 mai. — Céphalée violente avec pertes de sang Le lendemain, nouvelles métrorragies plus abondantes avec expulsion de

nombreux caillots. La femme se couche avec des frissons et se plaint d'une grande sensation de chaleur.

Le dimanche 31 mai, elle se décide à entrer à l'hôpital à 9 heures T. : 39°4. Curage digital. Mèche vaginale

1^{er} juin. — T. m. : 38°6. Lochies fétides. Curettage, lavage intra-utérin, drain métallique (Mouchotte)

2. — T. : 37°6 et 37°8. Lavage utérin.

3. — T. m. : 38°4. Lavage utérin par le drain T. s. : 40°. Ventre ballonné et douloureux. Glace sur le ventre.

4. — T. m. : 38°2. Ecoulement fétide. Lavage intra-utérin à l'eau oxygénée. T. s : 39°3. Dans la soirée, frisson. 2^e lavage à l'eau oxygénée.

5. — T. : 38°. Lavages biquotidiens.

6, 7. — T. : 38°2. Lavages par le drain laissé à demeure.

8. — T. m. : 37°8. Lavages continués régulièrement, « mais ayant voulu aseptiser le drain, le col se referme et il est impossible de le remettre. T. s. : 39, se maintient jusqu'au 11 entre 38° le matin et 39° le soir.

11. — Dilatation du col par laminaire, car la température est à 40° le soir.

12. — On replace un drain et on recommence lavages. T. s. : 37°2.

13. — T. m. : 36°8. Lavages. T. s. : 37°.

14. — Apyrexie, état général bon, suppression du drain.

19. — Exeat. Guérie.

Malgré ces observations si favorables, nous ne voulons pas dire qu'en présence d'une infection puerpérale il suffira de mettre en œuvre ce traitement pour être toujours assuré d'une guérison certaine. Lorsque l'intervention aura été tardive, et que l'infection sera généralisée à tout l'organisme ; si l'on parvient à débarrasser l'utérus, l'invasion n'en aura pas moins été trop profonde et la malade succombera à quelque complication.

Les deux observations qui suivent montrent bien qu'il

né faut pas demander au drainage une action au-delà de certaines limites et qu'il est des cas où il sera inefficace. Nous pourrions constater du reste que dans ces cas, les moyens même les plus énergiques, tel que l'hystérectomie, n'arrivent pas davantage à sauver la malade.

OBS. XXX. — MOUCHOTTE, in thèse
(détaillée).

Avortement criminel. Curettage. Drainage. Irrigation continue après un 2^e curettage. Endocardite. Mort. — P. M..., 38 ans, couturière. Comme maladies antérieures, scarlatine et fièvre typhoïde. Réglée à 13 ans très irrégulièrement jusqu'à la 1^{re} grossesse.

7 accouchements normaux; enfants nés vivants, mais meurent entre 1 et 3 mois, sauf le dernier encore vivant. Après le premier accouchement, un peu de fièvre et mal au ventre; rien pour les autres. Cependant elle a toujours quelques pertes blanches mais non accompagnées de douleurs.

8^e grossesse aboutit à la fausse-couche actuelle. Dernières règles le 5 novembre 1901.

Le 25 janvier 1902. — Pertes de sang qui durent plusieurs jours (on sut ultérieurement qu'il s'agit d'une fausse-couche provoquée).

Le 1^{er} février. — Expulsion d'un fœtus, suivie pendant quelques jours de gros caillots. Le 10, la fièvre apparaît, et les jours suivants on a encore fièvre et métrorrhagies.

Le 15 au soir, entrée à l'hôpital Beaujon, service du Dr Bazy.

T.: 38° 2.

M. Berthier, interne, constate rétention placentaire et fait un curage suivi de curettage. Le placenta est fétide. Lavage utérin au permanganate. Ecouvillonnage à la teinture d'iode. Drainage.

Le 16. — T. m.: 37° et 39° le soir. P.: 130.

Le 17. — Même température. P.: 140.

Le 18. — T. m.: 37°; P. 108; T. s.: 38° 6. P.: 120.

Le 19. — T. m.: 38°; P. 120; T. s.: 38° 4; P.: 120.

Le 20. — T. m.: 38° et le soir 39° avec P.: 132.

Pendant tout ce temps on continue à drainer l'utérus et à faire des lavages biquotidiens.

Le Dr Mouchotte, alors interne du service, reprend ses fonctions et trouve la malade dans un état d'accalmie, la femme n'a plus de céphalée, ni de météorisme, mais est faible. Accalmie trompeuse, car la température fait plateau à 38°5 et les quelques jours suivants monte le soir à 39°.

Le 27, le 28 février, le 1^{er} mars, le 2, elle dépasse même 39° le soir avec P.: 132, malgré les lavages utérins répétés.

Le 3 mars, la température reste à 39°4 le matin, pouls 120. Deuxième curetage, qui ramène un magma noirâtre mêlé avec du sang et des fausses membranes. Lavage au permanganate. Ecouvillonnage à la teinture d'iode. Drain métallique. Pas de frisson consécutif ni céphalée, mais grande faiblesse.

Le 4. — Dyspnée, lipothynie. Caféine, éther, oxygène, ventouse. Sérum : 2,000 gr. Pendant la nuit, un peu de repos. Lavages biquotidiens au permanganate. T. m.: 39°5; P.: 120; T. s.: 39°6; P.: 128.

Le 5. — Battements carotidiens. Souffle léger au premier temps à la pointe et intense à la base. Râles sous-crépitants dans le poumon. Léger météorisme. La malade se plaint seulement d'être très faible. T. m.: 39°4; P.: 128; T. s.: 38°9; P.: 132. Sérum : 1,000 gr.

Le 6. — La température s'élève de nouveau. T. m.: 39°; P.: 124; T. s.: 40°; P.: 140. Irrigation continue de permanganate en solution faible. Sérum.

Au toucher vaginal, rien d'anormal ni du côté de l'utérus ni du côté des annexes. Du pus concret s'écoule en abondance par le drain. Teint plus cireux. Les yeux sont très brillants. Météorisme augmenté, mais le ventre demeure insensible. La langue reste humide. Urines peu abondantes, légèrement albumineuses.

Le 7. — Météorisme augmente et la malade s'affaiblit. T. m.: 39°; P.: 124; T. s.: 40°; P.: 140.

Le 8 et le 9. — La malade délire et la dyspnée est vive. Pouls faible. Sérum et oxygène. La nuit du 9 au 10 très mauvaise. La température élevée. Mort le 11, à 4 h. 30.

OBS. XXXI (D^r MOUCHOTTE, in thèse).

G. . . , couturière, 34 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du D^r Monod, le 17 juin 1902.

Rougeole et variole dans son enfance. Réglée à 14 ans et demi. Pertes blanches intermittentes très légères. Règles régulières non douloureuses. 1^{er} accouchement à 23 ans ; 2^e accouchement 7 ans après. Tous les deux se firent spontanément et à terme, les enfants élevés au sein maternel en bonne santé. Les suites de couches tout à fait normales.

3^e grossesse aboutit à la fausse couche actuelle. Dernières règles le 26 avril. Le 15 juin, métrorrhagie abondante (sang liquide et caillots. Un médecin appelé le soir déclare que le fœtus est expulsé mais qu'il y a rétention du placenta.

Le 16 juin au matin, frissons répétés, vomissements, céphalée temporaire très violente ; soif vive, fièvre ; pas de douleur abdominale. On fait entrer la malade à l'hôpital, jugeant un curetage nécessaire.

Le 17. — Entrée à l'hôpital à 9 heures. T.: 38°4 ; P.: 140. Teinte subictérique. Utérus non douloureux. Orifice ouvert. Culs-de-sac vaginaux souples, non douloureux. Rétention placentaire. Immédiatement on fait un curage digital suivi d'un curetage à la curette mousse. Grands lavages utérins au permanganate. Mèche de gaze stérilisée. T.: 37°4 ; P.: 130. Lavage utérin. Nuit bonne.

Le 18. — T. m.: 36°8 ; P.: 104. T. s.: 37° ; P.: 96. Deux lavages utérins. Drain métallique. Diminution du subictère.

Le 19. — T. m.: 36°7 ; T. s.: 37°2 ; P.: 92. Même traitement.

Le 20. — T.: 36°4 et 37° ; P.: 86°. On supprime le drain et on fait deux lavages vaginaux.

21. — T.: 36°6 et 37° ; P.: 76. La femme est considérée comme guérie au point de vue génital.

26. — Hémorragies gingivales répétées, mais légères.

27. — Tuméfaction de la région parotidienne droite. Légère albuminurie. Oligurie. Pouls et température normaux.

28. — Tous ces symptômes ont augmenté. Pouls et température restent normaux.

29. — Augmentation de la tuméfaction qui s'étend à la paupière et au cou. Le côté gauche se prend aussi, et à midi la malade est gênée pour respirer. A 5 heures du soir, l'œdème a fait des progrès considérables et la partie supérieure du thorax est prise, mais il n'y a aucun point douloureux dans la région œdématiée. Pas de pus collecté même dans la parotide. Parésie des jambes qui ne sont pas enflées. Plus de réflexes rotuliens. Anesthésie plantaire. Légère gêne respiratoire. Lucidité parfaite. A 5 h. 3/4 la femme est examinée pendant un court moment de tremblements convulsifs. Muscles contracturés. Grande pâleur. Quelques minutes après nouvelle crise convulsive pendant laquelle la malade meurt presque subitement.

EN RÉSUMÉ

Si dans les cas de septicité légère le drainage à la gaze peut rendre des services, il n'en est plus de même dans les cas de suppuration utérine intense et très septique, *et particulièrement dans les cas d'infection puerpérale grave post-partum et surtout post-abortum*. La mèche de gaze créerait un obstacle à l'écoulement du pus plus ou moins épais, des débris de caduque sphacélée ou des débris placentaires putréfiés.

Les tubes en caoutchouc eux-mêmes, lorsqu'ils sont placés dans ces utérus gravement infectés, ne constituent pas un moyen suffisamment efficace. Ils se coudent, s'aplatissent et permettent la rétention purulente en amont de la coudure, ou bien, lorsqu'ils sont rigides et par conséquent peu fenêtrés, ils laissent le pus s'accumuler entre la paroi utérine et leur paroi externe.

Enfin, leur contention ne peut s'obtenir que grâce à un tamponnement vaginal qui, pour sa part, constitue un obstacle sérieux à l'écoulement du pus hors des voies génitales.

Les tiges ou drains métalliques qui nécessitent pour leur maintien dans la cavité utérine la fixation au col utérin par des fils ou tamponnement vaginal sont aussi à rejeter.

Les drains métalliques qui tiennent bien en place seuls et qui permettent l'écoulement parfait et constant des liquides septiques de l'utérus dans le vagin constituent les meilleurs appareils de drainage utérin.

Avec ces drains, point n'est nécessaire de mettre un

tamponnement vaginal et le pus arrive facilement et constamment dans le vagin, d'où il est chassé par des injections vaginales.

C'est pourquoi nous donnons la préférence aux appareils que Milton et Mouchotte ont employé pour drainer les utérus puerpéraux infectés, soit directement, soit après curage ou curettage.

Ces appareils et la méthode que ces auteurs préconisent réalisent le mieux un drainage constant et efficace, par conséquent rationnel.

L'appareil de Mouchotte gradué sur les bougies de Hégar a l'avantage de ne pas nécessiter d'instrumentation spéciale pour la mise en place.

Nous ne pouvons parler des drains en porcelaine, dont le drain de Doléris constitue le meilleur type, car nous n'avons pu nous procurer d'observations concernant son emploi.

Nous répéterons, pour terminer, qu'il ne faut pas attribuer au drainage dans l'infection puerpérale et même au drainage le meilleur une action sans limites. Des cas de haute gravité ne céderont pas avec ce traitement. Mais bien des fois, par contre, on verra des métrites puerpérales aiguës, graves, menaçantes, s'amender rapidement, puis céder après l'*emploi rationnel et méthodique* du drainage que nous préconisons.

Vu :
Le Doyen,
DEBOVE.

Vu :
Le Président de la Thèse,
F. TERRIER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Coghlan.** On dysmenorrhea and sterility. *Medic. time and gazet.*, 1861.
Sims. *Notes sur la chirurgie clinique dans ses rapports avec la stérilité.*
Paris, 1866.
Lagenbuck. *Die Drainage des puerperalen Uterus*, 1879.
Ahlfeld. *Cent. für Gynäk.*, 1883.
Schwarz. *Idem.*
Fritsch. *Deut. chirurgie*, 1885.
Wylie. *Soc. obst. de New-York*, 1885.
Reilhac. Thèse de Paris, 1886.
Vuillet (de Genève). *Bullet. ac. de médecine*, 1886.
Walton. *Annales de la Société méd. de Gand*, 1886.
Toussaint. Thèse de Paris, 1887.
Veper. *Idem.*
Pouillet. *Lyon méd.*, 1888.
Rolland. Thèse de Lyon, 1888.
Montprofit. Thèse de Paris, 1888.
Dolérès. *Soc. de biologie*, 1888.
— *J. de méd. de Paris*, 1889.
Duke. *Brit. med. jour.*, 1889.
Gottschalk. *Deut. med. Zeit.*, 1889.
Boldt. *Soc. obst. de New-York*, 1890.
Wylie. *Amer. j. of obstetrics*, 1890.
Polk. *Amer. j. of obst.*, 1890.
Terrier. *Soc. de chirurgie*, février 1890.
Milton. *The Lancet*, août 1891.
Lefour. *Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1891.
Le Dentu. *Congrès de chirurgie*, 1891.
Gérard. *Gazet. de gyn.*, 1891.
Polk. *Amer. j. of obst.*, 1892.
Le Dentu. *Gazette des hôpit.*, 1892.
Chéron. *Drainage de la cavité utérine.* Paris, 1892.
Pozzi. *Traité de gynécologie.*
Verchère. *Congrès de Bruxelles*, 1892.
Bouteil. Thèse de Paris, 1892.
Montgomery. *Med. news. Phil.*, 1892.
Piédallu. *Actualités médicales*, 1892.
Bonnaire. *Sem. méd.*, août 1892.

- Ransquins.** Thèse de Paris, 1892.
Macquart-Moulin. Thèse de Paris, 1892.
Schould (de Troyes). *Gazette des hôpit.*, 1893.
Labadie-Lagrave. *Sem. méd.*, 1895.
Vitrac. Thèse de Bordeaux, 1895.
Petit. *Sem. gyn.*, 1895.
Pinard et Walich. *Traité de l'infection puerpérale*, 1896.
Bouchard. Thèse de Paris, 1897.
Beausseant et Blüm. *Rev. de gyn.*, 1900.
Mouchotte. *Rev. pratique d'obst. et de pédiatrie*, 1902.
Deaver. *Phil. med. jour.*, 1903.
Bacon. *The j. of the Amer. association*, 1903.
Mouchotte. *Tribune médicale*, 1903.
Pinard. *Bullet. de l'acad. de médecine*, 1904.